

Technická univerzita v Liberci
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

**PŘÍSPĚVEK NA PÉČI
SUBSISTENCE BENEFIT**

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-3003

Autor:

Iva BERKOVÁ

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pittnerová

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
76	19	1	15	15	2+1CD

V Liberci dne: 13. 04. 2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Iva BERKOVÁ
Osobní číslo: P09000006
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální pracovník
Název tématu: Příspěvek na péči
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cí: Zmapovat využívání příspěvku na péči v oblasti Železného Brodu.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování, studium dokumentace.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

JABŮRKOVÁ, M. et al. Od paragrafů k lidem : Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách. 1. vyd. Praha : Skok, 2007. ISBN 978-80-239-9506-0

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010. 3. aktualiz. vyd. Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7

KREBS, V. Sociální politika. 4. vyd. Praha : Aspi, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1

MATOUŠEK, O. Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha : Portál, 2007. ISBN 9788073673109

NAVRÁTIL, P. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0

PACOVSKÝ, O. Stárnutí a stáří. Praha: Avicem, 1990. ISBN 80-85526-32-8

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: 2007. ISBN 978-80-246-1318-5

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Pittnerová

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011


Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Irena Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22. 04. 2011

Název práce: Příspěvek na péči
Jméno a příjmení autora: Iva Berková
Osobní číslo: P09000006

Prohlášení

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne 13. 4. 2012

.....

Iva Berková

Poděkování

Poděkování patří vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Janě Pittnerové, za její cenné rady a podnětné nápady.

Zároveň děkuji respondentům, kteří ochotně spolupracovali v průzkumném šetření. Dále bych závěrem chtěla poděkovat hlavně své rodině za její podporu a trpělivost během studia.

Název bakalářské práce:	Příspěvek na péči
Název bakalářské práce:	Subsistence Benefit
Jméno a příjmení autora:	Iva Berková
Akademický rok odevzdání bakalářské práce:	2011/2012
Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Jana Pittnerová

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala příspěvkem na péči. Jejím cílem bylo zmapování využívání státní dávky, která byla přiznána ve všech stupních závislosti a závisela na pomoci druhé osoby. Jednalo se o oblast Železného Brodu, obce s rozšířenou působností. Dalším cílem bylo zjištění, zda byla využívána na nákup sociálních služeb jak v domácím prostředí, tak v zařízeních poskytujících sociální služby. V neposlední řadě byla zjištěna, jakým způsobem s ní její příjemci nakládali, zda byla vůbec využívána na zajištění péče o vlastní osobu, jak bylo její smyslem a povinností dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti.

Část teoretická popisovala na základě odborné literatury sociální služby před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále se podrobněji věnovala příspěvku na péči. Následně přibližovala ontogenezi stařeckého věku, jehož jedinci byli z největší části příjemci příspěvku.

Praktická část byla zaměřena na výzkumný vzorek 50 – ti respondentů, příjemců příspěvku na péči, kteří na základě nestandardizovaného dotazníku byli ochotni poskytnout informace v průzkumném šetření.

Výsledkem práce bylo zjištění, že příspěvek na péči nebyl jeho příjemci využíván pouze k zajištění péče o vlastní osobu, ale i na nákup terénních sociálních služeb, byť v minimální míře.

Bakalářská práce přinesla zajímavé poznatky do praxe využívání sociálních služeb.

Klíčová slova: příspěvek na péči, zákon o sociálních službách, respondent, stáří, dotazník, spisová dokumentace, sociální péče.

The title of the bachelor thesis:	Subsistence Benefit
Author's name:	Iva Berková
Academic year of handing in of the thesis:	2011/2012
Consultant of the bachelor thesis:	Mgr. Jana Pittnerová

Summary:

The Bachelor thesis dealt with the Subsistence Benefit. The aim of this thesis was mapping of using the state benefit, which was awarded in all degrees of dependence and depended on the assistance of another person. It was about the area Železný Brod, the municipality with extended powers. Further aim was finding if it was used for the purchase of social services both in the domestic surrounding as well as in facilities providing social services. Not least were findings, which way was it used by their recipients, whether it was ever used to provide securing self-care, which was the purpose and duties of this thesis, according to the Act No. 108/2006 Coll., on social services. The work was consisted by two key areas.

The theoretical part described, based on the technical literature, social services before the adoption of Act No. 108/2006 Coll., on social services, further detail was devoted to the subsistence benefit. Subsequently it described ontogenesis of the gerontic age, whose individuals were the biggest part of recipients of the benefit.

The practical part was focused of the researched sample of 50 respondents, the recipients of care allowance who were willing, based on non-standardized questionnaire, to provide the information in the exploratory investigation.

The result of the work was finding, that the subsistence benefit was not only used to ensure self-care by their recipients but also for the purchase of field social services, albeit in a minimal extent.

This bachelor thesis has brought interesting findings into the practice of using of social services.

Key words: care allowance, Subsistence Benefit, Law on Social Services, respondent, gerontic age, questionnaire, file documentation, social services

SEZNAM ZKRATEK

CSSZ.....	Česká správa sociálního zabezpečení
ČR	Česká republika
LDN.....	Léčebna dlouhodobě nemocných
MěÚ.....	Městský úřad
MPSV.....	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSV.....	Odbor sociálních věcí
OSSZ.....	Okresní správa sociálního zabezpečení

OBSAH

1 ÚVOD	12
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	13
2.1 Sociální služby před přijetím zákona o sociálních službách	13
2.1.1 Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení	15
2.1.2 Návrh zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	16
2.1.3 Přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	16
2.1.4 Přejedání na systém příspěvku na péči.....	17
2.2. Příspěvek na péči.....	17
2.2.1 Právní úprava.....	18
2.2.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči.....	18
2.2.3 Okruh oprávněných osob	19
2.2.4 Stupně závislosti.....	20
2.2.5 Úkony péče o vlastní osobu	21
2.2.6 Úkony soběstačnosti.....	21
2.2.7 Výše příspěvku.....	22
2.2.8 Vznik nároku na příspěvek a jeho výplatu	23
2.2.9 Zánik nároku na příspěvek a jeho výplatu.....	23
2.2.10 Výplata příspěvku	24
2.2.11 Řízení o příspěvku.....	24
2.2.12 Sociální šetření	25
2.2.13 Posouzení stupně závislosti.....	26
2.2.14 Rozhodnutí	27
2.2.15 Kontrola využívání příspěvku	27
2.3 STAŘECKÝ VĚK.....	27
2.3.1 Stáří dle Josefa Langmeiera, Dany Krejčířové.....	28
2.3.2 Stáří dle Marie Vágnerové	33
2.3.3 Stáří dle Zdeňka Dienstbiera	36
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
3.1 Cíl praktické části.....	38
3.1.1 Stanovené předpoklady	38
3.2 Použité metody.....	39

3.2.1	Nestandardizovaný dotazník	39
3.2.2	Studium spisové dokumentace	40
3.2.3	Statistické metody	40
3.3	Charakteristika zkoumaného vzorku	41
3.4	Průběh průzkumu	41
3.5	Popis oblasti Železného Brodu	42
3.6	Vyhodnocení použitých metod a předpokladů	43
3.6.1	Vyhodnocení dotazníkového šetření	44
3.6.2	Vyhodnocení spisové dokumentace	67
3.6.3	Vyhodnocení předpokladů	68
4	ZÁVĚR	71
5	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ DO PRAXE	73
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A OSTATÍCH ZDROJŮ	74
7	SEZNAM PŘÍLOH	76

1 ÚVOD

Přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zejména zavedení příspěvku na péči bylo dlouho očekávanou událostí jak běžnými členy rodin pečujících o své blízké, tak sociálními pracovníky a především zdravotně znevýhodněnými a handicapovanými spoluobčany. Filozofie příspěvku byla zřejmá, a to umožnit zdravotně postiženým lidem co nejdéle setrvat a důstojně žít ve svém přirozeném domácím prostředí, ať již příspěvek použijí buď na úhradu terénní sociální služby, nebo na péči zajištěnou prostřednictvím rodiny nebo jiné fyzické osoby. Transformace sociálních služeb v domovech pro seniory, která byla zahájena 1. ledna 2007, kdy vstoupil v platnost výše jmenovaný zákon a vyhláška č. 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení tohoto zákona, byla velmi potřebnou. Důležitým obsahem těchto ustanovení byla dostupnost, efektivnost, kvalita, bezpečnost a hospodárnost těchto poskytovaných služeb jak z hlediska příjemce péče, tak poskytovatele. Zákon také vytvořil systém povinné registrace sociálních služeb, který přinesl možnost sledování vývoje na úrovni okresní, krajské a celostátní. Mimo jiné se zákon zabývá i vzděláváním sociálních pracovníků, k důležitým změnám patří kritéria přijímání nových klientů do pobytových zařízení sociální péče, došlo také ke změnám financování sociálních služeb, zejména zavedením čtyřstupňového příspěvku na péči. Tento příspěvek by měl klientům hradit většinu nákladů poskytované služby.

Po téměř 5 - ti letech existence příspěvku je viditelné, že velká část jeho příjemců jej pochopila spíše jako přilepšení k důchodu ať již starobnímu, nebo k invaliditě různého stupně, nebo jej vnímá jako odškodnění za svoje zdravotní postižení, a tak příspěvek není jimi používán k úhradě péče o vlastní osobu ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb. Je tomu tak zejména u osob pobírajících příspěvky nižších stupňů. Byla jim dána možnost získat finanční prostředky a nikdo je zpočátku neinformoval, jak s nimi mají zacházet.

V současné době se připravují podstatné změny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Například se připravují nová kritéria hodnocení přiznávání příspěvku, uvažuje se o zavedení nového termínu životní potřeba. Připravované změny směřují k novému postupu přiznání příspěvku na péči. Avšak při tvorbě naší bakalářské práce je nezbytné, řídit se aktuálně platným zákonem, tedy zákonem č. 108/2006 Sb.

Do našeho průzkumného šetření byli zvoleni příjemci příspěvku na péči, kterým je příspěvek vyplácen ve všech stupních závislosti. Příjemci I. stupně jsou z převážné části lidé, kterým jejich zdravotní stav umožňuje setrvat ve svém přirozeném prostředí bez toho, aby vyžadovali celodenní péči druhé osoby.

Naše průzkumné šetření směřuje k předpokladu, že ani příspěvek vyplácený ve II. stupni závislosti z velké části neslouží k účelu zajištění péče o vlastní osobu a je jen v minimální míře využíván na nákup terénních sociálních služeb. Předpokládáme, že nejvíce z našeho pohledu a praxe sociálních pracovníků využívají příspěvek klienti pobírající částky III. a IV. stupně závislosti. Bylo by potřeba zamyslet se nad celým systémem této státní dávky, a proto nejen zpřísnit kontrolu jeho využívání, ale dát daleko větší prostor individuální sociální práci.

Cílem bakalářské práce je zmapovat a analyzovat příspěvek na péči a jeho využívání v oblasti Železného Brodu, obce III. stupně s rozšířenou působností. V lokalitě, kde v posledních dvou letech narůstá nezaměstnanost, protože převážně zdejší tradiční sklářský a textilní průmysl téměř vymizel, žádají občané i o příspěvek za účelem vylepšení svého rodinného rozpočtu. Lze se také domnívat, že poskytovatelé péče o rodinného příslušníka si výše zmiňovaným příspěvkem řeší finanční příjem jako náhradu za mzdu v zaměstnání, či podporu v nezaměstnanosti. Hlavními metodami našeho průzkumného šetření je dotazování a studium spisové dokumentace.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

Výsledkem teoretického východiska práce je přiblížení a vysvětlení pojmů klíčových témat okolo příspěvku na péči a témat s ním spojených zejména z oblasti sociální sféry. Domníváme se, že tato dávka hrazená příjemci ze státních prostředků a určená na úhradu za sociální služby je rozhodně novým nástrojem sociální politiky.

Sociální politika je „soubor aktivit, které promyšleně (cílevědomě) směřují ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva jako celku, resp. určitých skupin obyvatelstva, k zabezpečování sociálního bezpečí a sociální suverenity v rámci daných hospodářských a politických možností země“. (Krebs 2007, s. 24)

2.1 Sociální služby před přijetím zákona o sociálních službách

Před 1. 1. 2007 vycházela právní úprava služeb sociální péče ze zákonů, které byly přijaty na sklonku 80. let minulého století, kdy bylo na sociální politiku v oblasti sociálních služeb nahlíženo podstatně odlišným způsobem než dnes, a to především v oblasti svobody rozhodování

jedinců a i v oblasti fungování veřejné správy. Praktické poskytování sociálních služeb bylo částečně zmodernizováno, ale situace již vyžadovala změnu právní úpravy. Předchozí právní úprava dostatečně nepokrývala několik oblastí:

- jedinec v nepříznivé sociální situaci je považován spíše za objekt působení systému, nikoli za aktivního činitele, jehož projev vůle, jak situaci řešit, by měl být rozhodující pro formu pomoci
- není zajištěn jednotný systém objektivního hodnocení potřeb osob, ze kterého se bude vycházet při vytváření nabídky služeb nebo jiných forem pomoci odpovídajícím potřebám
- osoby, oslabené v prosazování svých oprávněných zájmů, nejsou dostatečně chráněny před tím, aby nebyly jejich zájmy poškozovány buď nesprávným postupem orgánů veřejné správy, nebo neodborným poskytováním sociálních služeb
- není vytvořen právní rámec rozvoje lidských zdrojů v oblasti poskytování sociálních služeb a to především pro oblast sociální práce
- nejsou uspokojivě vyřešeny kompetence a vzájemné vztahy u jednotlivých úrovní veřejné správy a také vztahy mezi veřejnou správou, poskytovateli sociálních služeb a osob, které z důvodu nepříznivé sociální situace pomoc potřebují
- není zajištěn jednotný obsah práv a povinností pro poskytovatele sociálních služeb, což se projevuje v rozdílném náhledu na organizace zřizované orgány veřejné správy a ty, které stojí mimo veřejnoprávní strukturu
- není vytvořen systém dohledu nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb
- nejsou vytvořeny podmínky pro zavedení transparentní informační základny o síti sociálních služeb a činnostech, kterou nabízejí

Domníváme se, že z výše uvedeného je patrné, že prosazování změn, částečné reformy a přijetí nových zákonů v této oblasti bylo velice potřebné a v budoucnosti bude toto téma stále aktuální jak pro samotné občany – nemocné, postižené a znevýhodněné, tak pro zaměstnanecký personál v sociálních a zdravotních službách a zařízeních i pro administrativní pracovníky sociální oblasti, kteří vykonávají sociální práci. Mimo jiné změny zákona i nově zavedený příspěvek na péči by měl nahrazovat zvýšení důchodu pro bezmocnost, či příspěvek o osobu blízkou. Je do něho vkládáno mnoho pozitivních nadějí. Do konce roku 2006 byly náklady ústavů sociální péče a domovů pro seniory hrazeny ze státních dotací, které byly

přidělovány na jedno lůžko bez ohledu na to, jakou péči člověk potřeboval. Dalšími zdroji byly úhrady od uživatelů a také např. sponzorské dary.

2.1.1 Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

„Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, platný do 31. 12. 2006, definoval sociální péči jako péči, kterou zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, případně jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“ (Břeská, aj. 1998, s. 72)

Sociální péče byla občanům „zajišťována“, což vytvářelo pasivní roli klienta sociálních služeb. Sociální služby byly primárně poskytovány státem – Ministerstvem práce a sociálních věcí, dříve okresy, později kraji a obcemi s rozšířenou působností. Sociální péče nebyla individualizována, ale poskytována určitým skupinám osob. Nabídka sociálních služeb byla velice úzká a orientovaná na ústavní sociální péči.

„Právní úprava sociální péče upravovala následující typy sociálních služeb:

- poradenské služby
- ústavní sociální péči
- pečovatelskou službu
- stravování
- kulturní a rekreační péči“ (Matoušek, aj. 2007, s. 37)

To, že i po roce 1989 byla upřednostňována ústavní sociální péče, bylo patrné ze skutečnosti, že osoby, které se rozhodly zůstat doma a pečovat o příslušníka své rodiny, byly sice finančně podporovány dávkou sociálního zabezpečení – příspěvkem při péči o osobu blízkou nebo jinou, nikoliv však odpovídajícím způsobem.

2.1.2 Návrh zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

„Společenské změny v roce 1989 odstartovaly razantní rozvoj v poskytování sociálních služeb, a to jak v kvantitativním, tak i v kvalitativním měřítku. Vznikaly zcela nové služby, zejména v souvislosti s novými nebo skrytými patologickými jevy (např. bezdomovectví, drogová závislost, apod.). Začaly se více využívat nové metody a formy sociální práce. Neuvěřitelných 12 let byly Poslanecké sněmovně předkládány různé návrhy zákonů. Nejprve to byl návrh zákona o sociální pomoci, následně návrh zákona o sociálních službách. Tyto návrhy se neustále měnily, neboť se začalo více diskutovat o kvalitě sociálních služeb, individuálním posuzování sociální situace a o financování sociálních služeb. V červenci 2005 byl zákon o sociálních službách neočekávaně schválen Vládou ČR a předložen ke schválení Parlamentu ČR. Ve Sbírce zákonů byl jako zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zveřejněn 14. března 2006 s tím, že účinnost byla stanovena od 1. 1. 2007. Následně byla přijata k tomuto zákonu prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., s účinností rovněž od 1. 1. 2007“ (Jabůrková, aj. 2007, s. 76)

Pro rozvoj sociálních služeb mělo velký význam zapojení uživatelů sociálních služeb a jejich rodinných příslušníků do vlastního poskytování, plánování a organizování sociálních služeb. V tehdy platném znění zákona o sociálním zabezpečení ani v prováděcí vyhlášce tyto nové služby neměly právní oporu.

2.1.3 Přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

„Od 1. 1. 2007 platí v České republice nový zákon o sociálních službách, který přinesl nejvýraznější změnu systému sociálních služeb za posledních dvacet let. Změna se týká uživatelů, zadavatelů i poskytovatelů sociálních služeb. Vedle novinek, kterými se staly zejména příspěvek na péči, registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy sociálních služeb a některé další, se uskutečnila také zásadní změna ve vzájemném postavení poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.“ (Michalík 2008, s. 36)

První návrhy výše uvedeného zákona, tedy nového systému sociální pomoci začaly v roce 1994. Teprve v květnu roku 2006 byl tento zákon přijat. S dalšími právními předpisy hmotné nouze, životního a existenčního minima přinesl očekávanou změnu v sociální péči. Do praxe

byl uveden od ledna 2007. Ne však zcela k lepšímu. Již od počátku se praxí jak v aplikaci PC programu Hmotné nouze, tak při sociálních šetřeních v terénu, tak i ve správním řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., Správní řád, ukazovalo mnoho nedostatků, které nešly ihned odstranit. Snaha zákonodárců o vylepšení celé situace probíhá do dnešního data, a i nadále probíhat bude formou reformy sociální oblasti, která je pro český stát zcela nezbytná.

2.1.4 Přejít na systém příspěvku na péči

Tento příspěvek není zcela novou věcí, myšleno z hlediska samotné peněžité dávky, která by se s nabytím účinnosti zákona o sociálních službách k 1. lednu 2007 vynořila. Příspěvek na péči navazuje na dvě dávky, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu. V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a zavedením příspěvku na péči byly zrušeny tyto dvě dávky poskytované za obdobným účelem před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách. Od 1. 1. 2007 bylo zrušeno zvýšení důchodu pro bezmocnost poskytované podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, poživatelům důchodu z důchodového pojištění. Dále byl od 1. 1. 2007 zrušen příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou (poskytovanou rovněž podle zákona o sociálním zabezpečení) osobám pečujícím o bezmocnou osobu nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči. Proto došlo k převedení osob se stanovenou bezmocností do příslušných stupňů závislosti na pomoci. „Osoby, kterým ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona náleželo zvýšení důchodu pro bezmocnost, se ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona považují za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby podle přechodných ustanovení zákona o sociálních službách v § 120“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 120, odst. 2.)

2.2. Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož tvorba trvala plných 13 let a který nabyl účinnosti 1. 1. 2007, přinesl zásadní změny do oblasti sociálních služeb. Změny spočívají jak v novém pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování, tak i v novém přístupu k finančním zdrojům pro osoby, které v nepříznivé sociální situaci pomoc potřebují. Prostředí sociálních služeb

zahrnuje množství vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu z důvodu ochrany práv těch lidí, kteří jsou oslabeni ve schopnosti je prosazovat.

2.2.1 Právní úprava

Základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o nově zavedenou státní sociální dávku, která posiluje soběstačnost uživatele sociálních služeb. Příspěvek na péči vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v jehož druhé části jsou uvedeny základní zákonné indicie týkající se podmínek určení, řízení o příspěvku, vyplácení a kontroly využití příspěvku na péči. V současné době MPSV pracuje na dalších případných změnách výše zmíněného zákona.

Příspěvek na péči je pravidelná opakující se sociální dávka, která je určena osobě, o kterou má být pečováno, na úhradu poskytovaných sociálních služeb. Záměrem státu prostřednictvím schválení zákona o sociálních službách je umožnit příjemci příspěvku samostatně rozhodovat o sociální službě (službách), která mu bude poskytovat pomoc a která bude odpovídat jeho individuálním požadavkům. Záměrem státu je posílit rozhodování handicapovaného člověka o příspěvku a o jeho rozdělení mezi více poskytovatelů. Jde o umožnění příjemci (osobě), aby si podle vlastního uvážení zajistil potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny, anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb nebo prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby.

2.2.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči

„Nárok na příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti.“ (Králová, Rážová 2009. s. 15)

Pro účely zákona o zaměstnanosti jde o takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. Tato nově zavedená státní sociální dávka, která

posiluje soběstačnost uživatele sociálních služeb, nezkoumá výši příjmu žadatele. Smyslem je kompenzace zvýšených výdajů vznikajících při neschopnosti vlastní sebeobsluhy, a tudíž závislosti na pomoci druhých. „Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku, neboť se vychází z toho, že v rozsahu péče o zdravé nebo handicapované dítě není rozdíl.“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 7, odst. 2.)

Okruh oprávněných osob je vymezen § 4 společně jak pro poskytování příspěvku, tak i pro poskytování sociálních služeb. Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti podané žadatelem nebo blízkou osobou v místně příslušném úřadě pověřeným zpracováváním a vyplácením příspěvku na péči.

2.2.3 Okruh oprávněných osob

Upravuje jej § 4 výše zmiňovaného zákona. Je vymezen společně jak pro poskytování příspěvku, tak i pro poskytování sociálních služeb. Obojí se poskytuje za splnění podmínek stanovených zákonem:

- „Osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel, nebo podle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky. Cizinci vydává Policie České republiky průkaz o povolení k pobytu.
- Osobě, které byl udělen azyl podle zákona č. 325/1999 Sb., o azylu. Azylantovi vydává Policie České republiky průkaz povolení k pobytu azylanta.
- Cizinci bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tato práva zaručuje mezinárodní smlouva /Evropská sociální charta/.
- Občanovi členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zákona o pobytu cizinců na území České republiky po dobu delší než 3 měsíce

Cizinci, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky po dobu delší než 3 měsíce“ (Králová, Rážová 2009, s. 17-18)

2.2.4 Stupně závislosti

Upravuje § 8 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci druhých osob, a to od mírné závislosti na pomoci až po závislost úplnou. Stupeň závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby je posuzován na základě hodnocení schopností osoby zvládat celkem 36 stanovených úkonů. Úkony jsou rozděleny na 18 úkonů posouzení péče o vlastní osobu a 18 úkonů posouzení soběstačnosti. Počet úkonů, při kterých osoba potřebuje z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu každodenní dohled či pomoc, nebo je nezvládá, určuje, do kterého stupně bude zařazena.

„Rozlišují se nenásledující stupně závislosti:

- a) stupeň I (lehká závislost) – osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti (u osob do 18 let při více než 4 úkonech)
- b) stupeň II (středně těžká závislost) - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti (u osob do 18 let při více než 10 úkonech)
- c) stupeň III (těžká závislost) - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti (u osob do 18 let při více než 15 úkonech)
- d) stupeň IV (úplná závislost) - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti (u osob do 18 let při více než 20 úkonech).“ (Příb 2010, s. 119)

Stupně jsou definovány počtem úkonů péče o vlastní osobu nebo úkonů soběstačnosti, k jejichž vykonávání posuzovaná osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled, jiné osoby nebo je již nezvládá.

2.2.5 Úkony péče o vlastní osobu

Úkony péče o vlastní osobu jsou každodenně se opakující úkony související zejména se zajištěním stravy a jejím přijímáním, osobní hygienou, oblékáním a pohybem.

„Jedná se o úkony:

- příprava stravy
- podávání a porcování stravy
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- mytí těla
- koupání nebo sprchování
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě
- stání, schopnost vydržet stát
- přemísťování předmětů denní potřeby
- chůze po rovině
- chůze po schodech nahoru a dolů
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
- orientace v přirozeném prostředí
- provedení si jednoduchého ošetření
- dodržování léčebného režimu.“ (příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.)

2.2.6 Úkony soběstačnosti

Pomocí úkonů soběstačnosti se hodnotí schopnost osoby účastnit se sociálního života.

„Jedná se o úkony:

- komunikace slovní, písemná a neverbální
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- nakládání s penězi a jinými cennostmi
- obstarávání osobních záležitostí

- uspořádání času, plánování života
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- mytí nádobí
- běžný úklid v domácnosti
- péče o prádlo
- přepírání drobného prádla
- péče o lůžko
- obsluha běžných domácích spotřebičů
- manipulace s kohouty a vypínači
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.“ (příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.)

Hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti lze vysvětlit tímto způsobem: Úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti jsou pro stanovení stupně závislosti rovnocenné, počet nezvládnutých úkonů z obou skupin se sčítá. Jednotlivé úkony jsou blíže určeny prostřednictvím stanovených činností. Pokud osoba nezvládá jednotlivou činnost nebo ji zvládá s pomocí nebo s dohledem, považuje se takový úkon za nezvládnutý. Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost jeho provedení.

2.2.7 Výše příspěvku

Upravuje § 11 zákona o sociálních službách.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).“ (Králová, Rážová 2009, s. 28)

2.2.8 Vznik nároku na příspěvek a jeho výplatu

Upravuje § 13 zákona o sociálních službách. Pak lze vznik nároku vysvětlit takto: nemá jej osoba mladší jednoho roku. Nárok vzniká dnem splnění podmínek, na jejichž základě byl osobě přiznán některý ze stupňů závislosti. Nárok na výplatu také vzniká splněním podmínek pro nárok na příspěvek, a to pokud osoba patří do okruhu oprávněných osob včetně podání žádosti o příspěvek, pokud řízení není zahájeno z moci úřední. Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o příspěvku na základě žádosti nebo z moci úřední.

2.2.9 Zánik nároku na příspěvek a jeho výplatu

Upravuje § 15 zákona o sociálních službách. Tento příspěvek nezaniká uplynutím času. Příspěvek je měsíčně pravidelně se opakující dávkou. Zaniká úmrtím příjemce. Dle § 16 zákona o sociálních službách se rozlišuje, zda oprávněná osoba zemřela v průběhu řízení o příspěvku tj. v době od podání žádosti do právní moci rozhodnutí o příspěvku, nebo zda zemřela po skončení řízení o příspěvku. S účinností od 1. 8. 2009 je úprava přechodu nároku na příspěvek změněna ve prospěch pečujících osob na rozdíl od předchozí úpravy. Ta upřednostňovala osoby žijící s oprávněnou osobou v domácnosti.

2.2.10 Výplata příspěvku

„Příspěvek vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je příslušný k rozhodování o příspěvku, tj. obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu oprávněné osoby“. (Králová, Rážová 2009, s. 41)

Způsob výplaty upravuje § 18 zákona o sociálních službách. Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Výplatní termín si určuje každý obecní úřad s rozšířenou působností individuálně. Musí však být vyplacen do konce kalendářního měsíce, za který náleží. Vyplácí se způsobem, který si sám žadatel určí. Způsob výplaty je osoba povinna uvést v žádosti o příspěvek, kdykoliv může požádat o změnu ve způsobu výplaty. Vyplácí se v české měně buď v hotovosti /poštovní poukázkou, případně na pokladně úřadu/, nebo na účet u banky či spořitelny nebo úvěrní organizace, který příjemce určí, bez ohledu na to, zda je jeho zřizovatelem či nikoliv. Příspěvek je „považován za dávku, která podléhá koordinaci podle Nařízení 1408/71, je dávkou exportovatelnou do ciziny.“ (Králová, Rážová 2009, s. 41)

2.2.11 Řízení o příspěvku

V řízení o příspěvku se postupuje podle zákona č. 500/2004 Sb. Správní řád. Zahajuje se na základě žádosti podané na odbor sociálních záležitostí, kterou oprávněná osoba (eventuelně jiná fyzická osoba) v případě nezletilé osoby umístěné do pobytového zařízení sociálních služeb podává, případně též tímto zařízením. Jestliže není žadatel o příspěvek schopen jednat samostatně a nemá zástupce, o přiznání příspěvku se zahajuje řízení z moci úřední. Sociální pracovník úřadu provádí pro účely rozhodování o příspěvku sociální šetření z hlediska schopnosti samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí a z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Provádí písemný záznam /protokol/ o výsledku šetření, který spolu s kopií žádosti příspěvek zasílá příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení k posouzení stupně závislosti. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby, který je doložen nálezem ošetřujícího lékaře. Dále vychází souběžně z výsledků sociálního šetření, případně z vlastního výsledku vyšetření posuzujícího lékaře. Tato poslední fáze je dle výpovědi klientů i dle praxe pracovníků téměř mizivá, protože i posudkových lékařů je v mnoha okresech málo a na jednoho lékaře připadá

několik set odborných posouzení. Aby nedocházelo k velikým prodlevám a k výraznému nedodržování zákona, vzájemně si posudkoví lékaři přeposílají žádosti k posouzení z okresu do okresu z důvodu výpomoci. Dále pak OSSZ zasílá klientům sdělení a informační dopis, kde upozorňuje na nedodržení posouzení do 30 - ti dní a prodlužuje tak termín na dobu potřebnou k jejich zpracování. OSSZ sdělí příslušnému úřadu výsledek posouzení stupně závislosti osoby. Úřad provádí sociální šetření i v případech, kdy provádí kontrolu původního posouzení zdravotního stavu osoby.

„O přiznání příspěvku a jeho stupni, popř. o zamítnutí žádosti vydá úřad rozhodnutí. Proti rozhodnutí může žadatel podat odvolání ke krajskému úřadu.“ (Příb 2009, s. 127)

2.2.12 Sociální šetření

Způsob provádění sociálních šetření závislosti osoby je již v kompetenci samotných obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Mezi hlavní náplní pracovní činnosti autorky práce jsou sociální šetření závislosti na pomoci druhých osob, budeme se mu věnovat podrobněji. Vykonávají je sociální pracovníci obecního úřadu obce s rozšířenou působností, který vede řízení o příspěvku. Na základě konkrétní žádosti je sociálními pracovníky, kteří jsou pověřeni konat sociální šetření, žadatel před plánovaným šetřením telefonicky nebo písemně kontaktován. Sociální šetření je vždy prováděno v místě skutečného pobytu osoby žádající o příspěvek na péči, a to za účelem zjištění její schopnosti samostatného života v jejím přirozeném sociálním prostředí. „Pro účely zákona o sociálních službách se pojmem „přirozené sociální prostředí“ rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 3)

Cílem sociálního šetření v přirozeném sociálním prostředí je co nejobjektivnější posouzení míry schopností žadatele postarat se o sebe, dále posouzení uzpůsobení domácnosti žadatelovým schopnostem sebeobsluhy. Jedno běžné sociální šetření v domácnosti žadatele o příspěvek na péči nebo v zařízení poskytující sociální službu trvá v průměru jednu hodinu. Na odborných seminářích v rámci celoživotního vzdělávání týkajících se příspěvku na péči bylo lektorkou z MPSV paní Mgr. Ilonou Kolářovou konstatováno, že jedno sociální šetření by mělo trvat cca 2 hodiny, aby bylo skutečně zjištěno vše, co potřebuje sociální pracovník k šetření o příspěvku. Překážkou této skutečnosti je však především časová tíseň, alespoň co se týká praxe na železnobrodském OSV, oddělení příspěvku.

Při posuzování schopnosti sebeobsluhy pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti, které je žadatel schopen či neschopen zvládat. Podrobný přehled jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti předkládá zákon o sociálních službách (§ 9, odstavec 1 a 2.)

„Úkony péče o vlastní osobu jsou každodenně se opakující úkony související především se zajištěním stravy a s jejím přijímáním, osobní hygienou, oblékáním a s pohybovými schopnostmi. Jednotlivé úkony péče o vlastní osobu jsou blíže specifikovány v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.“ (Králová, Rážová 2009. s. 19)

Pomocí úkonů soběstačnosti se hodnotí schopnost osoby účastnit se sociálního života a zajišťovat základní chod domácnosti. Sociální pracovník zjišťuje schopnosti žadatele na základě těchto 36 úkonů. „Při hodnocení schopností žadatele zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu.“ (příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.)

2.2.13 Posouzení stupně závislosti

Stupeň závislosti osoby posuzuje od 1. 7. 2009 Okresní správa sociálního zabezpečení a to na základě žádosti obecního úřadu s rozšířenou působností. Součástí této žádosti je i písemný záznam o sociálním šetření a kopie žadatelovy žádosti o příspěvek na péči. Dále nevyhnutelnou součástí je podklad obvodního lékaře, který na čtyřstránkovém formuláři vyplní veškerou minulou a současnou anamnézu svého pacienta. Obvodní lékař musí mít shromážděny i veškeré aktuální sdělení od speciálních odborných lékařů. Až poté může být takto správně vyplněn lékařský nález pro posudkového lékaře, který navrhuje stupeň závislosti na pomoci druhé osoby a zároveň navrhuje i časovost. Někteří žadatelé dostávají určitý stupeň trvale či neomezeně, jiní na dobu určitou vyjádřenou k přesnému datu.

2.2.14 Rozhodnutí

Upravuje § 25 odst. 4 zákona o sociálních službách a § 67 až 70 a § 72 správního řádu. Zákon o sociálních službách nestanoví pro formu rozhodnutí žádné odchylky od správního řádu, proto se všechna rozhodnutí týkající se příspěvku na péči vyhotovují v písemné formě a oznamují se žadateli o příspěvek podle § 72 správního řádu.“ Kromě náležitostí rozhodnutí stanovených správním řádem je s účinností od 1. 8. 2009 součástí rozhodnutí o příspěvek je také výsledek posouzení stupně závislosti osoby s uvedením úkonů, které osoba není schopna zvládnout. Toto posouzení musí být uvedeno v odůvodnění rozhodnutí.“ (Králová, Rážová 2009, s. 56)

2.2.15 Kontrola využívání příspěvku

Skutečnost využití příspěvku kontrolují příslušní zaměstnanci obce s rozšířenou působností. Zaměstnanci tohoto úřadu zejména kontrolují, zda je příspěvek využíván k zajištění potřebné pomoci, zda je tato pomoc poskytována tím, kdo je uveden jako její poskytovatel (osoba blízká, jiná fyzická osoba, registrovaný poskytovatel sociální služby, hospic), zda poskytované služby a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti, zda byla s poskytovatelem sociálních služeb uzavřena smlouva o poskytování sociální služby a některé další skutečnosti. Zaměstnanci, provádějící uvedenou kontrolu jsou povinni prokázat se zvláštním oprávněním vydaným příslušným úřadem obce s rozšířenou působností. V případě zjištění, že dávka není využívána k zajištění potřebné pomoci, může být jeho výplata zastavena, popř. příspěvek může být odňat nebo ustanoven zvláštní příjemce.

2.3 STAŘECKÝ VĚK

Období lidského života – stáří, úzce souvisí s příspěvkem na péči. Nemohoucnost z důvodu vysokého věku a přibývajících chorob jsou důvodem úbytku schopnosti sebeobsluhy a péče o domácnost. Zapojení starých spoluobčanů do běžného života dle vlastních sil klesá, jelikož biologický životní rytmus je neúprosný. Závislost jedince na pomoci druhé osoby je nevyvratitelná. Dávku může pobírat populace od věku 1 roku do doby úmrtí příjemce. Ze statistik lze informovat o tom, že z největší části klientely příspěvku na péči jsou právě jedinci v seniorském věku.

Rizika stáří spatřuje Pacovský (1990) ve zdravotních a sociálních změnách. Zdravotní rizika: předčasné a urychlené stárnutí, multimorbidita – přítomnost více závažných chorob u jednoho jedince, choroby s funkčními poruchami – infarkt u osamělého člověka, neschopnost identifikovat obtíže jako choroby, chronická rizika. Sociální rizika: vysoký věk, ztráta aktivity a životního programu, sociální izolace, osamělost jedince, konflikty s rodinou, izolovaná gerontologická domácnost – např. manželský pár, nebo sourozenci, špatná adaptace na zátěž a změny prostředí, umístění do domovů pro seniory, zdravotnických zařízení apod., špatná finanční situace, problémy s očekávanou smrtí. (Pacovský 1990, s. 36)

Výše zmíněný autor Pacovský (1990) zmiňuje faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří v podobě zdravotních a sociálních změn. V souvislosti s příspěvkem na péči nelze opomenout aspekt ekonomický, tedy finanční situaci starého člověka. Sýkorová (2007) hovoří o finanční autonomii seniorů, která pro ně znamená schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých lidech, absenci pocitu závazku a naopak přítomnost pocitu svobody. (Sýkorová 2007, s. 137)

2.3.1 Stáří dle Josefa Langmeiera, Dany Krejčířové

Autoři této odborné publikace definují stáří jako souhrn změn, které znamenají mimo jiného pokles schopností i výkonností člověka a jeho postupné směřování ke smrti. V těle i psychice jedince dochází k nevratným degenerativním změnám. Snižuje se odolnost proti infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, špatně se hojí rány, křehnou kosti, ztrácí se pružnost vaziva a podobně. Teorie o stáří jsou různé, každý vědec a lékař stáří vidí jinak, jedná se však o velmi složitý proces.

Během života jedince od dětství do stáří se naskládá v těle: nesprávná životospráva, životní zátěže, rodové nemoci a další aspekty, které se pak ve stáří buď zhodnotí nebo stáří nezhodnotí. Pochod stárnutí je v každém člověku zakódován geneticky, a to jak v jeho rychlosti, tak i v hranici délky života. Od kdy je však člověk starý? Někdo je starý už od středního věku, někdo je mladý i ve vyšším věku. Důkazem toho je můj muž. Záleží na každém jedinci, zda dokáže v rámci svých možností, schopností plnohodnotně žít.

Vzhledem k pokroku zdravotní vědy se postupně délka i kvalita života zvyšuje. Hlavní změny u stárnoucích lidí pozorované s ohledem na individuální rozdíly popisují autoři v těchto oblastech:

- a) **Zhoršuje se smyslové vnímání** – „Asi u 90 % osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a si u 30 % se výrazně zhoršuje sluch.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 185). Jedná se o zhoršování zraku a sluchu, což sebou nese pokles výkonu některých pracovních činností, je tím omezena možnost rekreace jako je četba, poslech hudby a podobně. Zhoršuje se komunikace s druhými lidmi, což je pak provázáno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. Zhoršení zraku a sluchu sebou nese i větší riziko úrazu. Tyto problémy se však dají docela dobře odstranit brýlemi, sluchadly a dalšími pomůckami.
- b) **Zhoršuje se paměť** – „Především však paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky (např. z dětství) zůstávají většinou v paměti dobře uchovány.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 185). Člověk si pamatuje a dobře vybavuje, co bylo v mládí (dlouhodobá paměť), ale nepamatuje si, co měl včera k obědu nebo jestli snídal (zhoršená krátkodobá paměť). Takto postižený jedinec rád vypráví o svém dřívějším postavení, o dříve vykonávané práci a uznání okolí za její dřívější vykonávání. Často se i člověk tímto brání proti pocitu ohrožení ze strany mladších lidí. Z neporozumění je pak toto hodnoceno jako nepříznivá charakterová vlastnost.
- c) **Intelligence měřená běžnými testy zřetelně klesá ve vyšším věku** – „Ve velmi vysokém věku dochází ovšem nesporně k závěrečnému celkovému úpadku sil a schopností – ale opět značně odlišně u různých jedinců.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 186). Opět je to obdobné jako u tělesné zdatnosti stárnoucího člověka, hraje zde roli individualita osobnosti.
- d) **Afektivní prožívání** – „Nabývá ve stáří zřejmě poněkud jiné kvality.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 186). Prožívání citů se většinou stává méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí, člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale naproti tomu řadu situací dokáže hodnotit mnohem klidněji i racionálněji. Tak jak jedinec stárne, dochází k přehodnocování života, jeho smyslu a jeho postavení v něm. V mládí bývá velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný ostatním, ve stáří tato potřeba ustupuje, člověk se zajímá jen o sebe a své problémy. Osudy druhých lidí jsou jim vzdálenější, stávají se přecitlivělými, což může přejít až v hypochondrii. Jedná se o problematiku domovů důchodců, pečovatelských zařízení a léčeben dlouhodobě

nemocných. Často zde jedinci citově strádají a uzavírají se do sebe. Nezáměr od ostatních přijímají jako křivdu, která je na nich páchána.

- e) **Tvořivost** – „Měřena podle počtu nejvýznamnějších uměleckých, vědeckých a jiných prací klesá rovněž už od střední dospělosti.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 188) Většinou jsou lidé tvořiví dle statistik ve věku mezi 25. – 40. rokem, pak jejich produktivita většinou klesá. Statistika je však zavádějící, při srovnání, jakých úspěchů dosáhli malíři, sochaři, lékaři, vědci a spisovatelé ve velmi pozdním věku. Proto není žádná hranice, která by omezovala lidskou tvořivost, vše je dáno pouze vytrvalostí, invencí a entuziasmem. Příkladů je i v současné době mnoho. Mnoho seniorů se ve vysokém věku učí jazykům, slepeckému písmu, psaní na stroji a zejména dnes práci s počítačem. Osobní růst tak může i ve stáří pokračovat a zrát.
- f) **Osobnost starého člověka** – „Jednota duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích“ - je ovšem výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současně adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Pro pochopení problematiky z hlediska přizpůsobování se problémům stáří, rozlišujeme několik typů strategie vyrovnávání se s vlastním stářím:
- **„Konstruktivní strategie“** (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Jedná se o člověka, který se vyrovnává s realitou vyššího věku, zůstává stále aktivní, má radost ze života a vřelý citový vztah k blízkým lidem. Je si vědom svých možností a vyhlídek, přijímá eventualitu smrti bez strachu a zoufalství. Zůstává snášenlivý, pružný v myšlení a přizpůsobování novým okolnostem, hýří humorem, potěší ho dobré jídlo a pití, dovede se podle potřeby prosazovat, aniž by byl vůči druhým agresivní. I přesto, že tito lidé nebyli ušetřeni životních obtíží, které museli překonávat, prožili většinou šťastné dětství, dospělost, manželství a rodičovství.
 - **„Strategie závislosti“** (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Tento typ lidí má sklon k pasivitě, rádi jsou závislí na druhých lidech, na které spoléhají víc než na své síly. Nemají ambice, rádi přenechají odpovědnost i povinnost mladším a uzavírají se do svého soukromí.

- **„Strategie obranná“** (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Tato se projevuje méně příznivou přehnanou aktivitou, která má zapudit starosti a myšlenky na své obtíže a blízkost životního konce. Tito lidé se většinou emočně nadměrně kontrolují a s nutkavou pedantičností jednají přísně podle zvyků a konvencí.
- **„Strategie hostilis“** (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Což představuje nepřátelství a hněvivost vůči druhým, vinu za své nezdary dávají druhým lidem nebo nepříznivým okolnostem. Dokážou být agresivní, stále si na něco stěžují, dopředu vidí vše černě.
- **„Strategie sebenenávisti“** (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 189). Tito lidé často obracejí agresivitu sami vůči sobě, jsou na sebe kritičtí, svůj prožitý život vidí jako naprosté selhání. Může to být dáno nedobrymi vztahy s rodiči, neuspokojivým manželským životem, pocitem osamělosti a vlastní neužitečností. Smrt je pro ně v jejich pocitech jako milosrdní vysvobození z velmi neuspokojivého života.

Klasifikace zde uvedená je ovšem zjednodušená, ve skutečnosti je zde mnohem větším variabilita strategie vyrovnávání se svým stářím a skolem.

g) **Citové vztahy ve stáří** – S věkem stoupá význam rodiny a dobrých citových vztahů v ní. Staří lidé v rodině působí jako stmelující element v konfliktních situacích, umí se radovat u vnoučat a pravnoučat, umí si s nimi trpělivěji hrát, většinou dokážou mít humorný nadhled a to tím, že umějí zhodnotit své mládí, své činy a zkušenosti. Učí děti i vnuky rodinné posloupnosti a umí je i leccos naučit a to jak praktickým dovednostem, tak i z historie a vůbec všeobecné výuky. Svou osobností většinou poskytují dětem a vnukům důležitý model stáří i jeho vlastní budoucí prarodičovské role. V tomto období většinou manželské vztahy sílí a ztráta životního partnera je velmi závažnou událostí, s níž se starý člověk jen velmi obtížně vyrovnává. „I když je tedy sex ve stáří většinou již méně významnou hodnotou, přesto tato potřeba nemizí zcela a přehodnocení kvality života může hrát významnou roli a neměla by se podceňovat.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 191)

h) **Sociální zařazení starého člověka** – Z hlediska demografického vývoje dochází postupně ke stárnutí populace a to vlivem prodlužování délky života při současném

poklesu narozených dětí. Je to závažný společenský problém. Pozornost k této problematice se věnuje nejen ve státě, ale i v OSN, aby se podpořila kvalita života ve stáří. Starý člověk dobrovolně přijímá sociální neangažovanost a postupně se vzdává dřívějších náročných úkolů a společenských funkcí tak, jak jsou staří lidé ve významných činnostech nahrazováni mladšími, čímž se společnost obnovuje a vyvíjí. Člověk však zůstává za příznivých podmínek součástí své skupiny a může i má přispívat k její integritě. Vztahy staršího člověka k druhým lidem se sice mění, ale nikdy nezanikají. Proto kromě malé části těžce nemocných nebo jinak postižených osob pokračují senioři ve své společenské angažovanosti. Teorie neangažovanosti by však vedla k segregaci starých lidí a k pohrdavému postoji mladších. „Naopak mnozí lidé, kteří se dožívají věku přes osmdesát či devadesát let, zůstávají plně soběstačnými, aktivními a produktivními, ostatním účinně pomáhají a jsou i osobně šťastní. Většina doporučení, jak realizovat „úspěšné stárnutí“, odpovídá ostatně obecným zásadám duševní hygieny vůbec: zachovat si šíři zájmů, udržet se v *aktivitě* – v rovnováze s nezbytným odpočinkem, uspořádat si životní náplň podle svého dřívějšího zaměření tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, být stále otevřen vůči novým poznatkům a usilovat o adaptaci na nové požadavky, udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat nové vztahy, a plně jich užívat – a konečně vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím, ale zvládat vše s moudrostí, která vyplývá z větší nezávislosti na okamžitých situacích a z pohledu na život v jeho celku.“ (Langmeier, Krejčířová 1998, s. 194)

Většina doporučení, rad a návodů, jak realizovat a dobrat se k úspěšnému stáří je zachovat si výčet zájmů, držet se v aktivitě psychické i fyzické, nezapomínat na pravidelný a přiměřený odpočinek, zachovávat si fyzickou i duševní činnost a pohodu, udržovat přátelské vztahy v rodině i mimo ní, pomáhat při výchově dětí, vnoučat, pravnoučat, vyhýbat se takovým situacím, které jsou bolestné a zvládat vše s moudrostí dané věkem a odžitými zkušenostmi.

2.3.2 Stáří dle Marie Vágnerové

Vágnerová 2007, s. 299, stáří definuje takto: „Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová.“ Je rozděleno na rané stáří (od 60 do 75 let) a pravé stáří (po 75. roce). Dosáhne-li osmdesáti let, ocitá se senior v tzv. čtvrtém věku. Toto období je spojeno s tělesnými problémy a i mentálním úpadkem.

Senior však přijímá svůj život jako celek, který měl smysl, potřebuje ho hodnotit pozitivně, aby mohl přijmout i jeho konec. Toto vyrovnání usnadňuje přijetí smrti jako důsledku. Senior by měl mít pocit, že je pro ostatní lidi, zejména v rodině ještě prospěšný a užitečný a dostalo se mu za to žádoucího uznání. „Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.“ (Vágnerová 2007, s. 308). Ageismus můžeme definovat jako postoj vyjadřující obecné sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří.

Postoj staršího člověka k okolí, ke světu a i k sobě samému je převážně bilancující, nechce už nic měnit a nechce ani, aby se měnil okolní svět. Domnívá se, že změny by nebyly k ničemu dobré. Současná společnost bere stáří jako období, kdy člověk pouze chátrá, jeho zkušenosti ztrácejí význam a takový člověk není pro společnost žádným přínosem. Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí se sčítají mnohé nepříznivé vlivy a tak přibývá lidí, kteří jsou nemocní. „Základním znakem je polymorbidita, to znamená, že starší lidé dost často trpí větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění.“ (Vágnerová 2007, s. 312). V této době už organizmus nemá dostatečné rezervy, aby zvládl i běžná onemocnění, projevuje se také neschopností vykonávat běžné činnosti, postarat se o domácnost, což vede až k bezmocnosti, ke zhoršení kvality prožívaného života.

S tím nastupují problémy s psychickými změnami, obtíže se zapamatováním a vybavováním, může jít až i o příznaky chorobných procesů – demence. Tyto změny mohou mít významný dopad na kvalitu života, pokud omezují schopnosti člověka žít bez cizí pomoci a nezávisle.

Starší lidé mají problémy se zrakem a sluchem, i z tohoto důvodu jsou pomalejší, což je dáno celkovým zpomalením jako důsledkem změn ve fungování mozku. Obvykle nejsou schopni vykonávat více věcí najednou, obtížně se dokážou koncentrovat a domnívají se, že jejich problémy s pamětí budou ještě horší, než nakonec jsou.

Vše je odvislé od dosažené úrovně rozumových schopností a míře užívání paměti. Trénovaní lidé jsou na tom vždy lépe, je to však otázka individuální. Starší lidé mají rádi

rutinu a stereotyp, vše nové je pro ně zátěží, i když to může být i pozitivní změna, která jim však nakonec vytvoří problém. Pro stáří je důležitá nezávislost a soběstačnost, tedy zachování funkcí, kterými je podmíněna. Míru úbytku rozumových schopností pak odhalí chování seniorů v méně běžné situaci, kterou najednou nejsou schopni zvládnout. Tento úbytek si ale většinou ne vždy uvědomují. „Proces stárnutí má za následek různé strukturální i funkční změny mozku, které se projeví i v psychické oblasti.“ (Vágnerová 2007, s. 316). Pokud starší člověk nemá trápení s chorobami, má dobré vztahy s blízkými lidmi, nemá finanční problémy, je jeho pocit emoční pohody v období raného stáří relativně vysoký a má pocit klidu a pohody. Vědomí svých problémů navozuje nepříjemné emoce, zejména pocit nejistoty i obavy z vlastní budoucnosti.

Fakticky v rámci stárnutí dochází k celkovému zklidnění, může se však zvyšovat dráždivost na určité podněty, zvyšuje se citová labilita a snižuje se odolnost zátěží. Staří lidé reagují méně emocionálně nebo jejich emoční reakce jsou méně intenzivní. Životní radosti se zredukovaly na maličkosti, které jsou pro mladší lidi naprosto běžné a ani je nijak neprožívají, senior je však dokáže ocenit. Někteří senioři jsou se svým životem celkem spokojeni, i když leckdy spíše ve smyslu smíření. Jejich spokojenost vyplývá z vědomí, že se jen těžko může něco změnit k lepšímu.

Ve vztahu k vlastní budoucnosti bývají staří lidé pesimističtí, ve většině případů se domnívají, že stárnutím může dojít jen ke zhoršení jejich situace. Pro starého člověka je důležitý pocit dlouhodobé a spolehlivé vazby v rodině i s přáteli. K pozitivnímu ladění a pocitům pohody velkou měrou přispívá především opora partnera. Tak jak u přátel dochází k postupnému umírání, ztrácí člověk nejenom lidi, s nimiž ho spojovala hluboká, leckdy celoživotní citová vazba, ale i ty, kteří by s ním mohli sdílet vzpomínky na uplynulý život a posloužit mu jako opora vědomí kontinuity vlastního života. Ztrátou těchto lidí pak přichází pocit osamělosti a s touto tendencí ještě více narůstá význam nejbližších příbuzných a přátel.

V průběhu stáří roste počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, bytu a nejbližšího okolí, čímž se snižují i požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování, může dojít ke stagnaci nebo i úpadku sociálních dovedností. „V období stáří dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace.“ (Vágnerová 2007, s. 350). Staří lidé respektují hodnoty a normy, mají nechuť tyto jakkoliv měnit, což se projevuje moralizováním a vyžadováním dodržování a bezvýhradného respektování řádu, který činí lidské jednání

srozumitelným. Toto je pro ně důležité, protože jejich dodržování uspokojuje pocit bezpečí a jistoty.

Velmi nepříjemnou změnou pak pro ně je například umístění do domova důchodců, kdy dojde většinou k přetrhání vazeb na přátele, známé a mnohdy i na rodinu. Prožívají tuto změnu jako silný stres. Stářím dochází tedy k redukci některých sociálních dovedností, lidé jsou po odchodu do důchodu mnohem více izolováni od společenského dění, jejich život probíhá převážně ve vlastní rodině. Je to však otázka velice individuální. Velkou změnou životní situace pak může být nutnost odejít z vlastního bytu do domácnosti svých potomků a příbuzných. Vágnerová 2007 s. 400 definuje tuto situaci takto: „Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, která je spojena s častou hospitalizací či přemístěním do ústavní péče, např. do domova důchodců nebo LDN, představuje velkou zátěž adaptačních kompetencí starých lidí.“ (Vágnerová 2007, s. 400)

Kladem stáří je, že ve většině případů manželská spokojenost má mírně stoupající tendenci, je zde pocit většího uspokojení ze společenského života a i v poklesu četnosti různých domácích konfliktů. Je to i důsledek uvědomění významu partnera a hodnoty společně prožitého života, nad nímž se lidé zamýšlejí až v začátku stáří, když bilancují vlastní život. Senioři se cítí v manželství šťastnější než lidé středního věku, i když spokojenost navenek nemusí ani demonstrovat. Kromě toho vědí, že s partnerem prožijí zbytek života a toto soužití bude těsnější, než bývalo dřív. Důvodem posílení vazby na partnera je omezení sociálních kontaktů po odchodu do důchodu a větší potřeba opory a jistoty blízkého člověka. Vzájemná tolerance, potřeba klidu i odpočinku, hodnotu tohoto soužití posilují.

Náročná životní situace nastane při nemoci partnera z obavy jeho ztráty, ale i změny stylu života z toho plynoucí. Tato situace je i prožívána jako vlastní ohrožení. Nemocný člověk se dostává do závislé pozice, naopak partner získává dominantní postavení i moc, ale i značnou odpovědnost, leckdy větší, než by si přál a než je schopen unést. Starost o těžce nemocného, bezmocného či dementního partnera může vést až k syndromu vyhoření.

To nejtěžší co přináší stáří je smrt partnera a přesto, že jde o vysoce pravděpodobnou událost, lidé na ni nejsou připraveni. Stres ze ztráty partnera pak roste přímo úměrně s věkem. Oživení tématu vlastní smrti nebývá pro starší ovdovělé lidi děsivá, někdy si dokonce přejí zemřít a následovat partnera. Vztah k partnerovi i po jeho smrti přetrvává, ovdovělý člověk chodí na hřbitov, s partnerem si rozpráví, často o něm mluví v přítomném čase. Manželský partner byl tak významnou součástí jejich života, že jí zůstal i po smrti.

O smrti vlastní a umírání se dnes příliš často nemluví, lidé se touto otázkou nechtějí moc zabývat. „Toto téma je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno.“ (Vágnerová 2007, s. 429) Proti pocitu osamělosti, opuštěnosti a bezvýznamnosti je třeba hledat nějakou aktivitu nebo jiný sociální kontakt s příbuznými, dětmi, vnuky nebo na své vrstevnické úrovni. Vztahy seniorů s dospělými potomky dostávají novou dimenzi, mohou se po určité době odloučení i oživovat, jako vztah rovnocenných lidí. Pro staré lidi je život jejich potomků děním, na němž se mohou nějakým způsobem podílet a které oživuje jejich vlastní životní stereotyp. Ve vztahu s dospělými dětmi s ohledem na zdravotní stav dochází k proměně vzájemné závislosti

2.3.3 Stáří dle Zdeňka Dienstbiera

Ať děláme, co děláme, víme, i zmíněný autor podotýká: 2009, s. 13. „Stárnutí začíná v momentě narození. V matčině lůně se tomu říká vývoj plodu. Novorozenec se sice ještě dále vyvíjí, ale současně začíná stárnout.“ (Dienstbier 2009, s. 13). Stárnutí můžeme vysvětlit jako logický proces závisící na přibývajícím věku, kterému pomáháme i vlastní nekázni či nedodržováním zdravého životního stylu. Je urychlováno důsledkem případné nemoci nebo působením škodlivých faktorů prostředí.

Vše uvedeno výše je v podstatě shrnuto v „Modlitbě ve stáří“ sepsanou sv. Františkem Saleským (1567-1622) na str. 12 této literatury. „Světová zdravotnická organizace přijala pro rozlišení věkových kategorií pomocné názvosloví: **Střední věk** věková kategorie 45-59 letých. **Stárnoucí osoby** jsou od 60-74 let. **Stará generace** jsou lidé ve věku 75-89 let. **Stařecká skupina** začíná od 90 let.“ (Dienstbier 2009, s. 15)

Připravme se tedy duševně na stáří, aby nás nepřekvapilo a nevyvolalo depresivní stavy a hlavně si co nejdéle ponechme aktivity, které máme rádi. Stárnutí znamená, že s věkem přibývá tělesný tuk, nastávají změny ve svalech, kostech, kloubech, srdci, cévách, plicích, trávicím systému, zubech, játrech, ledvinách, močovém měchýři, pohlavních orgánech, mozku, nervových orgánech, sluchu, zraku, kůže, vlasů atd. Je toho tedy hodně, co se ve stáří mění, naštěstí inteligence zůstává po celý život.

Lékem proti stárnutí je aktivní duševní a tělesná činnost, soustředění se na osobní koníčky (chalupaření, zahrádka, četba, filatelie, případně studium aj.). Jako příklad autor uvádí: „V lednu *myslím* na to, jak na jaře *osázím* záhon oblíbenými květinami, ihned

si *představím* živé barvy a budu mít radost...“(Dienstbier 2009, s. 42). Je dobré, jako ochrana před stresem zachovat si ustálený osobní režim dne a stravování a tím si prodloužit dobu celkové životní pohody. „Naše hmotnost je naší vizitkou.“(Dienstbier 2009, s. 49). Je třeba dodržovat pitný režim, jíst ovoce a zeleninu, nekouřit, cvičit. To by mělo být pro každého seniora normální a to včetně preventivních lékařských prohlídek. „Nemoc přicválá na koni, odchází pěšky.“ (Dienstbier 2009, s. 65). I ve stáří má sexualita pozitivní vliv na člověka, je to však individuální záležitost každého jednotlivce nebo páru. Co se týče zubů, zraku a sluchu, lze toto řešit zubní protézou, brýlemi, naslouchátky a podobně. U pohybového ústrojí je třeba vyvarovat se zejména rizika pádů, řidnutí kostí neboli osteoporóza je nejčastější příčina zlomenin. Její léčba v rozvinutém stádiu je nesnadná. Je třeba jíst smíšenou stravu s dostatkem vápníku (mléko, sýry, jogurty) a vitamínu D (ryby, vejce, máslo). U nemocí srdečně cévního systému je nutno opět dodržovat rady lékařů, dodržovat zdravé stravování, jíst ovoce a zeleninu, vitamíny a podobně. Zdravé návyky stravování by měly být i základem zdravého způsobu života ve stáří. Souběžně s nemocemi jsou průvodním jevem stáří neurologické nemoci, jako senilní poruchy motoriky, cévní onemocnění mozku, Parkinsonova nemoc. S tím přicházejí i psychiatrické syndromy ve stáří jako je deprese, úzkostné stavy, demence, Alzheimerova choroba, paranoidní syndrom. Dalším problémem je i pak rakovina, která má v ČR trvale vzestupný trend, zatímco úmrtnost stoupla jen nepatrně a posledních pět let se nemění.

„Elixír dlouhého aktivního života je ve vaší moci, vyžaduje to pouze osobní kázeň!“ (Dienstbier 2009, s. 143). V dnešní době je k dispozici komplexnost rad jako návod na důstojné a kvalitní, smysluplné stáří. Podmínkou je se s nimi seznámit a hlavně se podle nich i řídit.

Život každého člověka je jako cesta, začínající narozením a končící jeho smrtí, přičemž každé období této cesty má své specifické charakteristiky. Závěrečná etapa této cesty je stárnutí a stáří dochází k omezení po stránce fyzické i psychické. „Starý člověk je podruhé dítětem (William Shakespeare).“ (Dienstbier 2009, s. 141)

Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit od výše zmíněného autora naplnila mnohá očekávání. Domníváme se, že tato kniha by neměla chybět v žádné knihovně, neboť problematika stáří je aktuální téma i současné další generace.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Příspěvek na péči je užívaný termín pro státní dávku, kterou nelze podceňovat. Její příjemci vyhledávají a hradí možnou pomoc u fyzických a právnických poskytovatelů péče, kteří jim poskytují v úkonech o vlastní osobu a v úkonech soběstačnosti podporu psychickou i fyzickou. Ta zlepšuje životní úroveň zdravotně znevýhodněných spoluobčanů včetně osob v poslední vývojové etapě života.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat využívání příspěvku na péči obce s rozšířenou působností, a to v oblasti Železnobrodská. Cíl je zaměřen na zjištění situace příjemce dávky z hlediska obecného povědomí a z hlediska informovanosti o možném způsobu účelného využívání. Dále v neposlední řadě jde o konkretizaci dávky spojenou s dotazovaným respondentem, který je příjemcem příspěvku na péči.

Pro posouzení problematiky daného tématu jsou zvoleny statistické údaje zjištěné v dotazníkovém šetření. Dotazníkový průzkum měl za cíl potvrzení či vyvrácení stanovených předpokladů. Na základě rozdaných dotazníků 50 - ti respondentům - příjemcům státní dávky, jsme se zaměřili na průzkumové dotazníkové šetření k zjištění důležitých poznatků ohledně problematiky využívání příspěvku na péči v oblasti Železného Brodu. Zjištěné údaje pak bylo nutné utřídit, porovnat a vytvořit statistické tabulky a grafy. Před zahájením výzkumné části jsme stanovili tři předpoklady, směřující do problematiky příspěvku na péči a zároveň jeho využívání.

3.1.1 Stanovené předpoklady

P 1: Lze prokázat, že uživatelé příspěvku na péči potřebují pomoc více v úkonech o vlastní osobu než v úkonech soběstačnosti.

P 2: Lze předpokládat, že příjemci státní dávky, zneužívají příspěvek na péči z více jak 50 %.

P 3: Lze se domnívat, že tělesné postižení pohybového aparátu je z více jak 45 % nejčastějším důvodem k určení stupně závislosti příspěvku na péči.

3.2 Použité metody

Metody použité v bakalářské práci můžeme řadit mezi metody explorativní. Jedná se o to, že: „Tyto metody spočívají v dotazování, a to ústním (pak hovoříme obvykle o rozhovoru) nebo písemném (zahrnuje dotazníky).“ (Švingalová 2004. s. 22)

Výše uvedené předpoklady jsme ověřovali pomocí nestandardizovaného dotazníku, který byl pro nás hlavním zdrojem informací. Pro doplnění informací jsme zvolili metodu studia dokumentace na odboru sociálních věcí Městského úřadu Železný Brod, úseku příspěvku na péči. Dále jsme všechny poznatky a informace zpracovali prostřednictvím statistických metod do tabulek a grafického znázornění. Během zpracování byla také využita zkušenost a znalost sociálního prostředí. Nelze přitom opomenout studium odborné literatury.

3.2.1 Nestandardizovaný dotazník

Metoda dotazníku byla zvolena především kvůli anonymitě, možnosti oslovení většího počtu respondentů, získání názorů a postojů příjemců na příspěvku na péči. Sami jsme jej s určitým záměrem sestavili. U tohoto dotazníku vlastní konstrukce bylo třeba dbát na přesnost a formu vyjadřování v otázkách, a to ve vztahu k respondentům a ke stanovenému cíli dotazníku. Švingalová, 2004, s. 26 konstatuje:

„Při použití dotazníku v závěrečné práci je třeba popsat jeho cíl, druh dotazníku, typ otázek a závěr (tj. konkrétní výsledky dotazníku a jejich interpretace, popř. souvislost s údaji získanými pomocí jiných metod). Vyplněný dotazník je třeba uvést v příloze.“

Dotazník se pro nás stal hlavní metodou šetření a sběru dat. Sběr dat započal v průběhu měsíce října a skončil listopadu 2011. Během tohoto období bylo nashromážděno dostatečné množství informací a odpovědí. Bylo osloveno 50 respondentů – příjemců na péči všech stupňů závislostí, kteří žijí jak v domácím přirozeném prostředí, tak využívají pobytových sociálních služeb nebo si kupují sociální služby terénní, které zahrnují osobní asistenci. Tito jedinci, závislí na pomoci druhé osoby, tvořili náš soubor tj. výzkumný vzorek. Návratnost dotazníků nebyla stoprocentní, nám z neznámých důvodů. Lze předpokládat, že za některé oslovené respondenty, kteří jsou například jedinci s mentálním či dementním

postižením nebo jedinci v paliativní fázi, vyplňovali dotazníky jejich poskytovatelé péče. Oslovení respondenti jej vyplňovali dobrovolně a anonymně. Dotazník se skládal z 27 uzavřených otázek. Některé z nich obsahovaly možnost zaškrtnutí několika variant. Jednalo se o otázky č. 4, 5, 6, 8, 14, 21, 23, 24. K našemu průzkumnému šetření bylo vybráno 14 otázek týkajících se příspěvku na péči, které se zabývaly všeobecným povědomím a zároveň se přímo vázaly k osobě, která dávku pobírá (Dotazník viz příloha P1).

3.2.2 Studium spisové dokumentace

Jako další metodu práce jsme zvolili studium spisové dokumentace, především k objasnění důvodu a smyslu dotazníkového šetření. „Pomocí ní lze získat obvykle údaje (tzv. tvrdá data), která mívají vysokou míru objektivity. Precizně dodržujeme zákon na ochranu osobních dat.“ (Švingalová 2004. s. 21)

Studium spisů příjemců na péči a následná analýza dat byla získána z dostupné dokumentace z období let 2007 – 2011. Pro potřebu praktické části byla využita především metoda studia spisové dokumentace vedené na OSV MěÚ Železný Brod a to od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2011. Jednalo se o klienty, kteří byli příjemci státní dávky. Osobní spisy jsou abecedně uloženy a vedeny dle zákona č. 500/2004 Sb. Správní řád. Byl zjišťován fakt, co je důvodem podání žádosti o příspěvek na péči a v jakém prostředí klienti žijí. Toto bylo doloženo souhrnnou zprávou ze sociálního šetření, která situaci nastiňuje.

3.2.3 Statistické metody

Získané poznatky z nestandardizovaného dotazníku jsme pečlivě zpracovali do tabulek, kde jsme zaznamenali četnosti výskytu odpovědí a dále jsme informace zpracovali graficky v procentech. Přitom jsme využili pro názornost dva typy grafů, a to výšečový a sloupcový. Statistické metody jsou potřebné při zpracování odpovědí a to především k jejich utřídění a srozumitelné prezentaci.

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Prováděný průzkum byl zaměřen na osoby pobírající příspěvek na péči. Vybrána byla věková kategorie dospělých od 18 let až do 90 a více let. Tito jedinci potřebují pomoc ve všech níže uváděných činnostech osobního života a to v rámci a rozsahu jejich různorodých existujících zdravotních omezení. Průzkumové šetření se uskutečnilo v měsících říjnu 2011 – listopadu 2011. Bylo postupováno dle aktuálního platného zákona. Z rozdaných 50 – ti dotazníků odpovědělo 41 respondentů všech stupňů závislostí z oblasti Železnobrodská bez rozdílu stavu, dosaženého vzdělání nebo zdravotního omezení. Výběr respondentů byl z části cílený a z části náhodný a to z celkového počtu všech 475 evidovaných na OSV MěÚ. Prováděli jsme jej s jejich souhlasem a na základě dobrovolnosti. Dotazník byl rozčleněn na 27 otázek do čtyř částí. V první části se jednalo o obecnou povědomost o příspěvku, druhá část se týkala péče poskytované rodinou, třetí část pojednávala o péči v rámci terénních služeb a závěrečná čtvrtá část měla získat informace o poskytující péči v zařízeních sociálních služeb. Studium spisové dokumentace proběhlo se souhlasem vedoucí OSV. Jedinci se stávali příjemci příspěvku na základě podané žádosti v místě příslušném dle trvalého pobytu, po vykonaném sociálním šetření v jejich přirozeném prostředí, dále po posouzení zdravotního stavu a poté po navržení stupně závislosti posudkovým lékařem OSSZ. Zkoumaná data se týkala období od účinnosti zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách dne 1. 1. 2007. Tento vzorek sloužil k vyhodnocení předpokladů 1, 2, 3 (dále P1, P2, P3).

3.4 Průběh průzkumu

Respondenti - příjemci příspěvku na péči v oblasti Železného Brodu vyplnili dle zadaných pokynů průzkumové dotazníky, které jim osobně byly postupně předávány v průběhu října 2011 do 25. 11. 2011. Vyhodnocení, prováděno získáním dat a informací bylo uskutečněno v průběhu prosince 2011 a ledna 2012. Zkoumaný vzorek tvořilo 50 respondentů. Průzkumem získaná data byla vyhodnocována z dotazníků odevzdaných od 41 příjemců na péči. Respondenti přinášeli vyplněné dotazníky na OSV Železný Brod nebo je předávali při sociálním šetření či kontrolách využívání příspěvku.

Návratnost v počtu 41 kusů z 50 – ti rozdaných dotazníků je 82 %. Lze ji hodnotit jako úspěšnou. Přístup respondentů k vyplňování odpovědí byl kladný. Vysoká návratnost vyplněných dotazníků spočívala v přístupu k respondentům. Nejprve došlo k diskuzi o problematice příspěvku a poté respondenti vyplnili dotazníky. Dobrá znalost terénu a klientů napomohla usnadnit naše průzkumové šetření.

3.5 Popis oblasti Železného Brodu

Město Železný Brod se svými místními 6 500 + 4 000 obyvateli okolních vesnic, leží v údolí řeky Jizery na rozhraní Krkonoš, Jizerských hor a Českého ráje, na trase Praha – Harrachov. Region Železný Brod patří do územně samosprávného celku Libereckého kraje. Je obcí pověřeného obecního úřadu, tzv. obcí s rozšířenou působností v příhraničním jabloneckém okresu. Ten sousedí na severu s Polskou republikou, na západě s okresem Liberec a na jihu a východě s okresem Semily. Rozloha katastru obce je 22,5 km². Částmi obce jsou: Bzí, Veselí, Těpeře, Chlístov, Splzov, Pelechov, Hrubá Horka, Malá Horka, Jirkov, Střevelná, Horská Kamenice, Železný Brod. V rámci ORP se jedná o části: Držkov, Jílové u Držkova, Koberovy, Líšný, Loužnice, Pěnčín, Radčice, Skuhrov, Vlastiboř, Zásada.



3.6 Vyhodnocení použitých metod a předpokladů

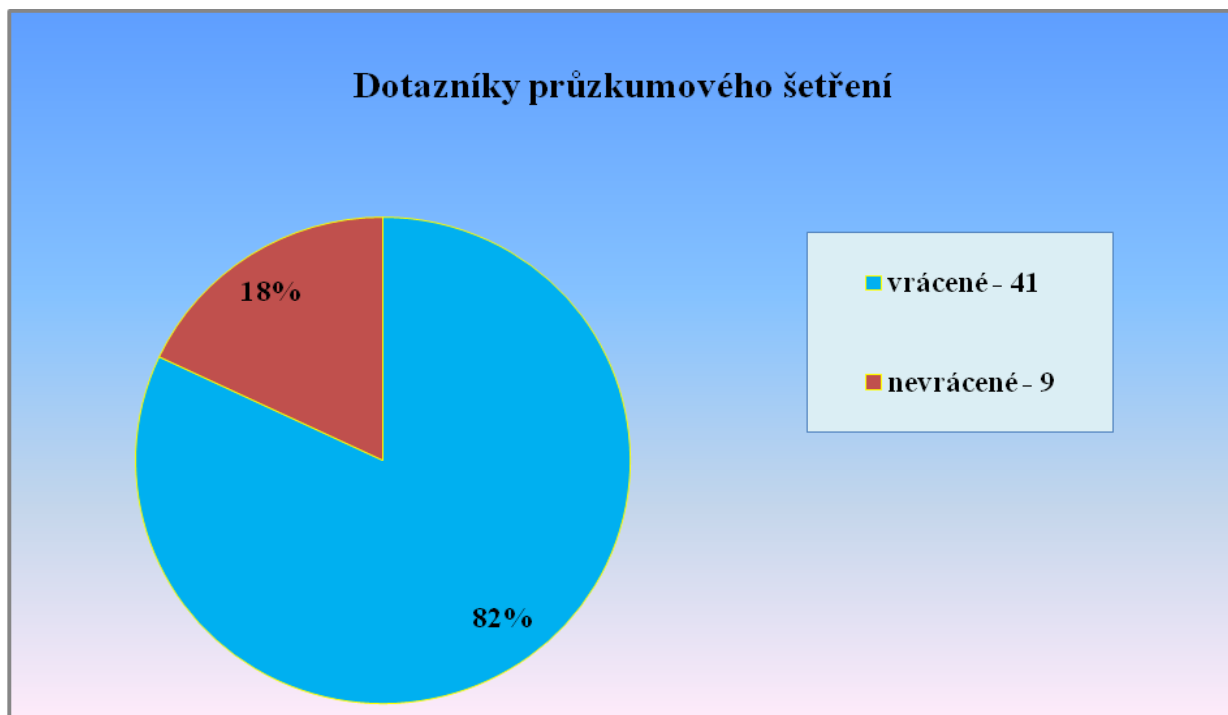
Železný Brod, obec s rozšířenou působností, poskytuje dle statistiky OSV příspěvek na péči 475 příjemcům, kteří přijímají určitou pomoc a podporu jiné fyzické osoby nebo pomoc od poskytovatele sociálních služeb. Jedná se o osoby ve čtyřech stupních závislosti. Souhrn představuje věkovou hranici od 18 let – 90 a více let.

Z rozdaných 50 - ti dotazníků příjemcům příspěvku na péči starších 18 let bylo navraceno 41 vyplněných. Přístup k vyplňování od dotazovaných respondentů byl zhodnocen velice kladně, jelikož celková návratnost byla 82 %.

Tabulka č. 1: Dotazníky průzkumového šetření

Dotazníky průzkumového šetření	Počet	%
Vracené	41	82
Nevracené	9	18
Celkem	50	100

Graf č. 1: Dotazníky průzkumového šetření



3.6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V této praktické části přiblížíme odpovědi 14 otázek respondentů průzkumového šetření vytvořeného dotazníku. V následující kapitole budou popsána data získaná z průzkumového dotazníkového šetření. Řazení dat je dle účelově vybraných 14 otázek kladených v dotazníku. Vždy bude ke každé otázce uvedeno vyhodnocení, tabulka a pro lepší porovnání i grafické znázornění. Na otázky odpovídá celkem 41 respondentů, tento počet představuje 100 %, přestože oslovených bylo 50 jedinců.

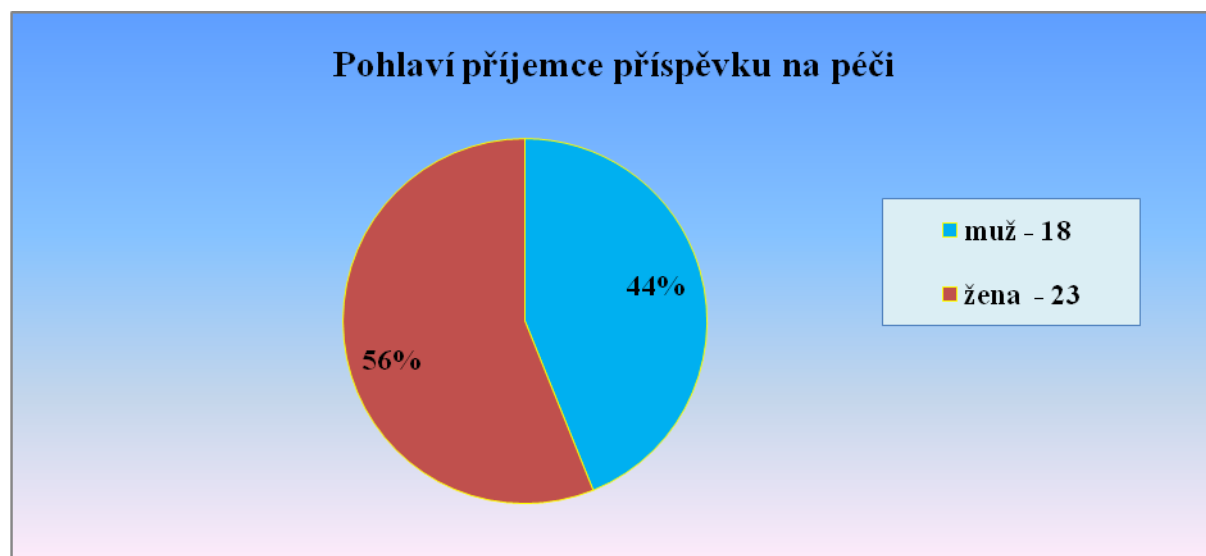
Pohlaví příjemce příspěvku na péči

Cílená otázka zkoumala pohlaví dotazovaných příjemců na péči. Z vyplněných 41- ti dotazníků bylo navraceno 18 dotazníků mužů a 23 dotazníků žen. Dotazník vyplnilo 44 % příjemců příspěvku na péči a 56 % příjemkyň příspěvku na péči. Bylo vráceno o 12 % dotazníků více pohlaví ženského než mužského. Vyhodnocení ukázalo, že ochotny ke spolupráci s vyplňováním byly více ženy než muži.

Tabulka č. 2: Pohlaví příjemce příspěvku na péči

Pohlaví příjemce příspěvku na péči	Počet osob	%
Muž	18	44
Žena	23	56
Celkem	41	100

Graf č. 2: Pohlaví příjemce příspěvku na péči



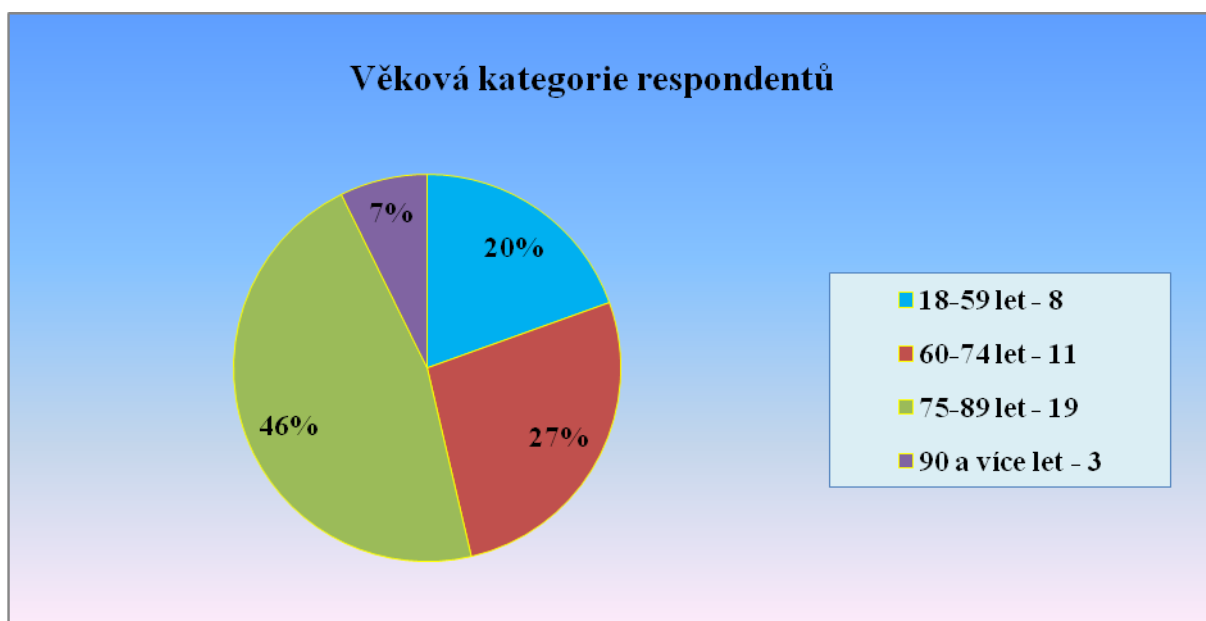
Věková kategorie respondentů

Tato otázka zkoumala, do jaké věkové kategorie patřili dotazovaní příjemci příspěvku na péči. Nejvíce byli začleněni ve věkové kategorii od „75 – 89 let“, v počtu 19 odpovídajících, což představovalo 46 %. Nejméně byli začleněni odpovídající ve věkové kategorii „90 a více let“, a to v počtu 3 osob, což představovalo 7 %. Procentuální rozdíl mezi nejvíce a nejméně začleněnou věkovou kategorií byl 39 %, což lze hodnotit jako větší rozmezí. Věková kategorie „60 – 74 let“ začlenila 11 respondentů, což představovalo 27 %. V neposlední řadě nejmladší věková kategorie „18 – 59 let“ začlenila 8 respondentů a představovala 20 %. Nejen z tohoto průzkumu vyplývá, ale i praxe v sociální práci prokazuje, že věková hranice příjemců na péči je převážně z období seniorského věku a stáří. Pro osoby starší věkové kategorie je příspěvek na péči nepostradatelný, protože ochabují jejich intelektuální a fyzické schopnosti. Se stářím jsou postupně zeslabovány a utlumovány veškeré funkce člověka.

Tabulka č. 3: Věková kategorie respondentů

Věková kategorie respondentů	Počet osob	%
18-59 let	8	20
60-74 let	11	27
75-89 let	19	46
90 a více let	3	7
Celkem	41	100

Graf č. 3: Věková kategorie respondentů



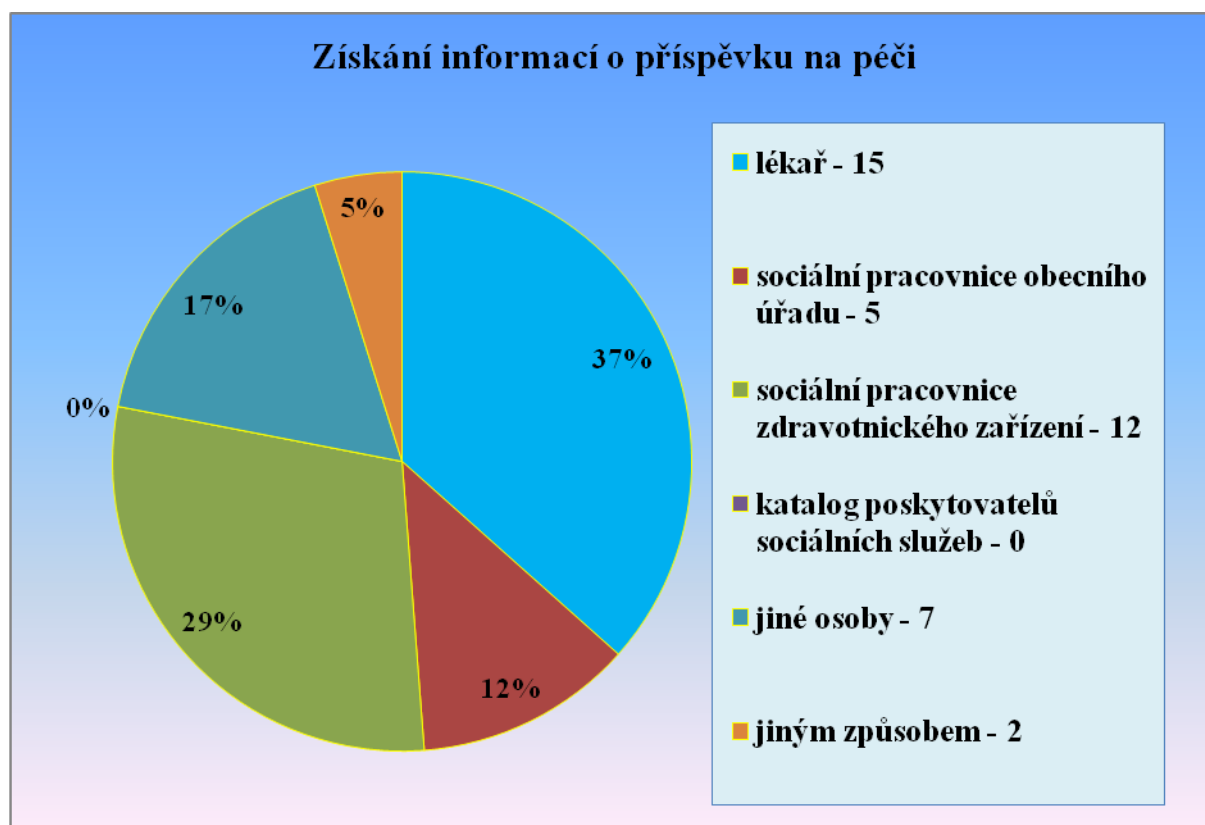
Získání informací o příspěvku na péči

Na otázku, odkud získali respondenti informaci o příspěvku na péči, většina označila pozici „lékaře“. Jednalo se o 15 respondentů, což představovalo 37 %. Vyplývá z toho logická následnost zdravotních obtíží s potřebami poskytování péče od jiné osoby. Druhé místo obsadila profese „sociální pracovníce zdravotnického zařízení“, a to v počtu 12 odpovídajících, což představovalo 29 %. Z toho vyplývá skutečnost, že nemocný člověk nejprve vyhledá pomoc ve zdravotnickém zařízení. Tam se nejčastěji dozvídá o dalších alternativách možné pomoci. Na třetím místě se umístilo označení „jiná osoba“. V počtu 7 odpovídajících představovalo 17 %. Termín „jiná osoba“ lze vysvětlit jako blízká osoba – rodinný příbuzný, známý, soused, který základní informaci dotyčnému předá běžným neodborným hovorem. Profese „sociální pracovníce obecního úřadu“ obsadila čtvrté místo. Na tuto variantu odpovědělo 5 ze 41 dotazovaných, což v procentuálním vyhodnocení představuje 12 %. Z praxe lze potvrdit, že se jedná o variantu, kdy jde občan vyřizovat na úřad jiné dávky, např. žádost o mimořádné výhody pro tělesně postižené občany, a přitom je mu možnost příspěvku na péči nabídnuta v rámci depistáže. Páté pořadí obsadil termín „jiný způsob“, kam zahrnujeme např. veřejnoprávní média rozhlasová, televizní, internetová. Ze 41 respondentů odpověděli 2, což činilo 5 %. Ani jeden z dotazovaných se nevyjádřil k tomu, že informaci získal z „katalogu sociálních služeb“, přestože tyto materiály jsou ve většině obcí k dispozici na OSV či informačních střediscích. Z praxe lze potvrdit, že občané, přestože mají možnost získat informace v písemné formě, tento způsob mnoho nevyužívají.

Tabulka č. 4: Získání informací o příspěvku na péči

Získání informací o příspěvku na péči	Počet osob	%
Lékař	15	37
Sociální pracovníce obecního úřadu	5	12
Sociální pracovníce zdravotnického zařízení	12	29
Katalog poskytovatelů sociálních služeb	0	0
Jiné osoby	7	17
Jiným způsobem	2	5
Celkem	41	100

Graf č. 4: Získání informací o příspěvku na péči



Důvody zdravotních problémů k podání žádosti o příspěvek na péči

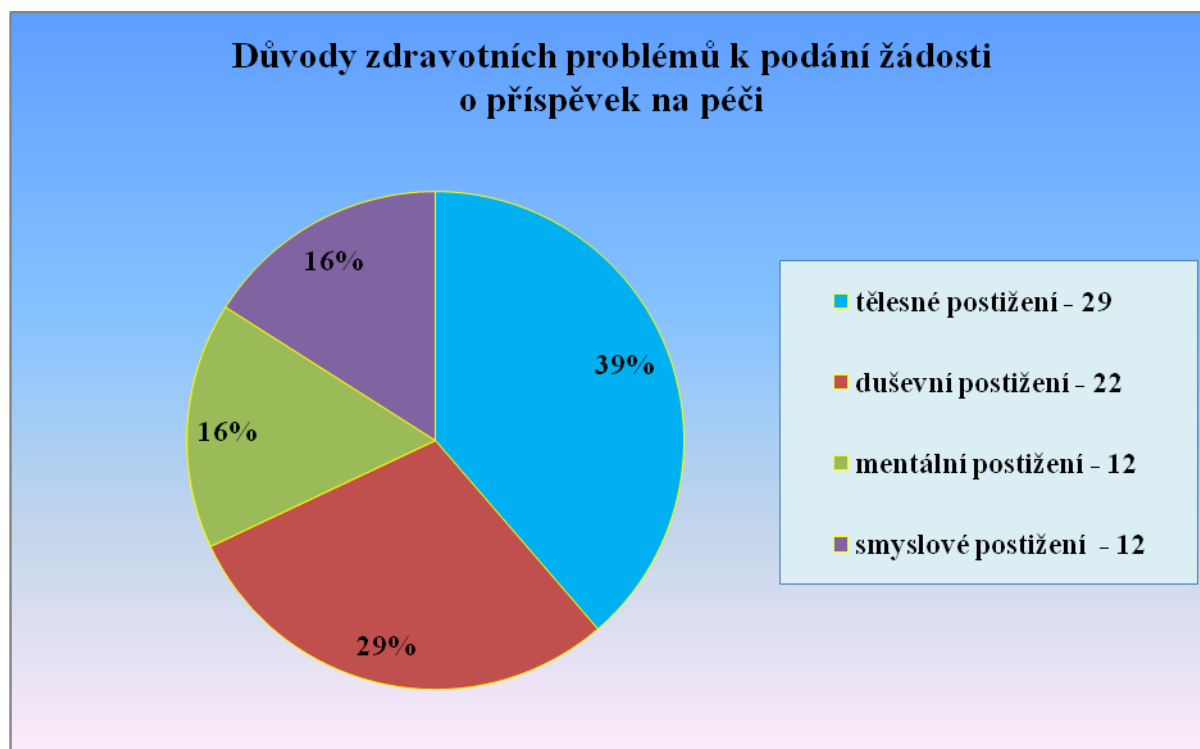
Tato otázka zkoumala, jaké zdravotní problémy byly důvodem k podání žádosti o příspěvek na péči. Zde mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí z nabízených 4 možností. Z praxe vyplývá, že postižení zdravotně znevýhodněných osob mohou být a jsou kombinovaná. I tuto variantu potvrzovalo naše průzkumné šetření. Lze vysvětlit, že pokud je člověk omezený hybností, tzn., že používá pomůcky jako např. francouzské berle, pomocné hole, mechanický či elektronický vozík atd., narušuje to i jeho psychický stav. Může mít zároveň i obtíže smyslové a nemůže plnohodnotně užívat života jako zdraví lidé. Většina nemocných lidí se tak se svou obtížnější situací těžko vyrovnává. Mentální postižení bývají běžně kombinována se smyslovými. Z uvedené tabulky i grafu vyplývá, že tělesné postižení obsadilo první místo v počtu 29 odpovídajících, což činí v procentuálním vyjádření 39 %. Spojitost mezi tělesným a duševním postižením je velice úzká, což dokládá 22 respondentů, kteří jako důvod svých zdravotních problémů uvedli duševní postižení, tyto představují 29 %. I praxe sociálních pracovníků dokládá tuto průzkumovou skutečnost. Mnohdy se potvrzuje

opak, že duševní postižení vyvolává následná somatická a tělesná omezení. 12 osob – poskytovatelů péče ze 41 vypovědělo, že se s mentálním postižením potýká 12 jedinců, což činí v grafickém znázornění 16 %. Kombinaci smyslového a jiného postižení uvádí 12 odpovídajících, což ukazuje také 16 %. V této otázce jsme v dotazníkovém šetření nasbírali od 41 osob celkem 75 odpovědí, což dokladuje, že druhy postižení jsou mezi sebou různě kombinovány.

Tabulka č. 5: Důvody zdravotních problémů k podání žádosti o příspěvek na péči

Důvody zdravotních problémů k podání žádosti o příspěvek na péči	Počet dotazovaných osob 41	%
Tělesné postižení	29	39
Duševní postižení	22	29
Mentální postižení	12	16
Smyslové postižení	12	16
Celkem odpovědí	75	100

Graf č. 5: Důvody zdravotních problémů k podání žádosti o příspěvek na péči



Pomoc při úkonech o vlastní osobu

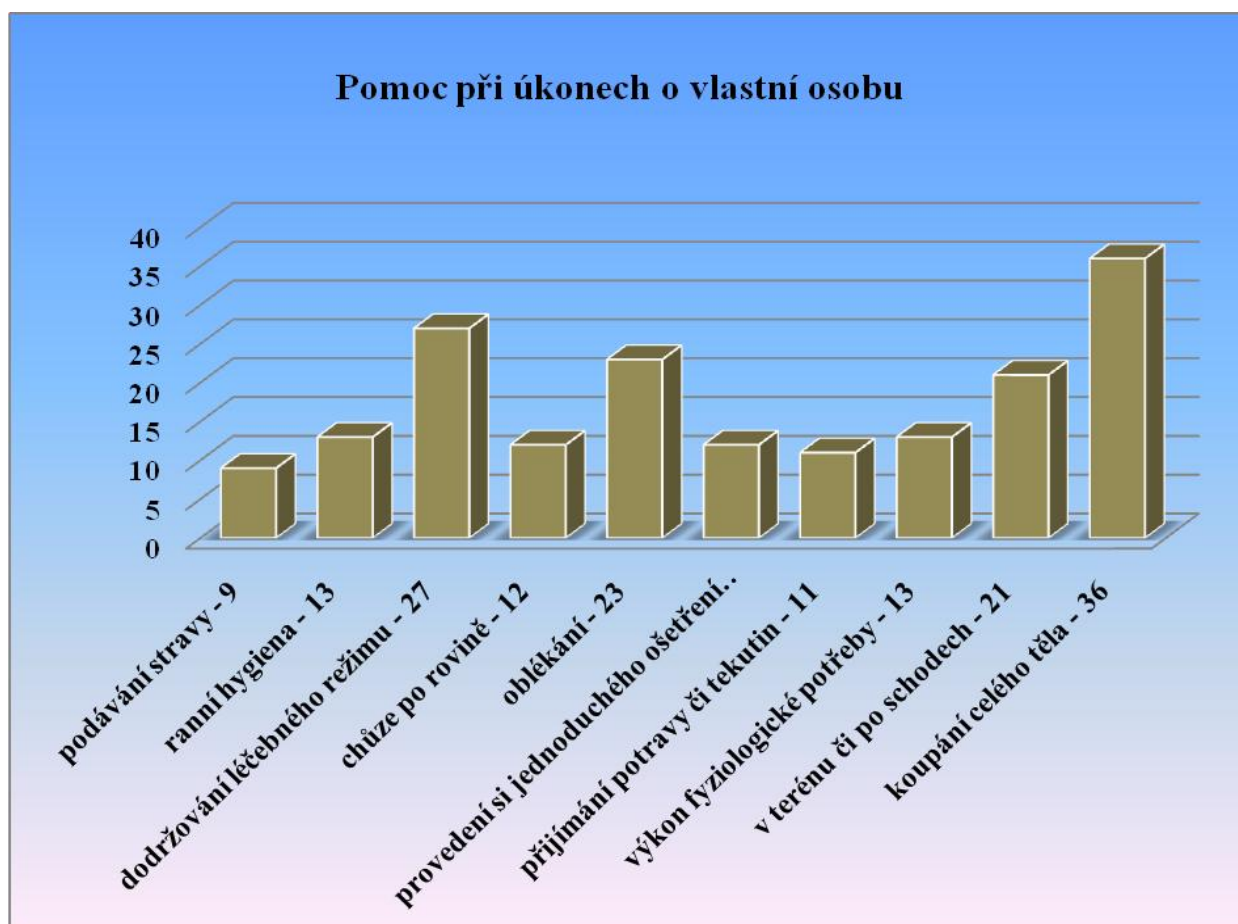
Průzkumná otázka se zabývala tím, při kterých úkonech o vlastní osobu potřebují respondenti pomoc. I zde mohli odpovídající zaškrtnout více odpovědí z nabízených 10 - ti možností. Jestliže má např. jedinec dvě berle a má jimi tedy obě horní končetiny zaměstnány, vyplývá i z praxe to, že potřebuje pomoc při všech úkonech, u kterých potřebuje dolní končetiny. Bez berlí ztrácí stabilitu, rovnováha je narušena, v rukách nic nepřenese atd. Od 41 respondentů jsme získali 177 odpovědí. Bylo potvrzeno, že jednotlivý úkon vždy navazuje na jiný. Nejvíce, 36 respondentů, odpovědělo, že potřebují pomoc při koupání celého těla, což představuje 20,3 % respondentů. Z praxe víme, že se jedná o vlézání a vylézání z vany a zároveň o omývání celého těla. Nemocní lidé mají obavy z pádu či uklouznutí, které často souvisí se zraněním, a bojí se do vany bez pomoci vstupovat, přestože používají protiskluzové podložky a madla. Zároveň uvádějí, že předklon k dolním končetinám jim dělá obtíže. Stejně tak zvedání horních končetin nad hlavu. Nejméně, a to v počtu 9 respondentů, což činí 5,1 %, odpovědělo, že potřebuje pomoc při podávání stravy a tekutin. Podáváním se rozumí přenášení, porcování a rozeznání potravin. Dodržování léčebného režimu patří také k vyššímu počtu odpovídajících respondentů – 27, což představuje 15,3 %.

Oblékání a chůze v terénu představovala 23 a 21 odpovědí, což bylo 13 % a 11,9 %. Úkony ranní hygieny byly počtem odpovědí i procenty srovnatelné s výkonem fyziologické potřeby. Celkem 13 odpovědí představovalo 7,3 %. Úkon dodržování léčebného režimu ukazoval druhý nejvyšší počet odpovědí, v počtu 27 respondentů se k němu doznalo 15,3 %. Chůze po rovině byla srovnatelná s úkonem provedení si jednoduchého ošetření. 12 respondentů představuje 6,8 %. Pomoc při přijímání potravin a tekutin potřebuje 11 z dotazovaných 41 respondentů, což je 6,2 %. Pro posuzování a uznání tohoto bodu LPS při OSSZ je potřebné a postačí, že žadatel o PnP konzumuje stravu lžící a tekutiny např. brčkem. Nemusí umět zvládnout používat příbor či šálek na tekutinu.

Tabulka č. 6: Pomoc při úkonech o vlastní osobu

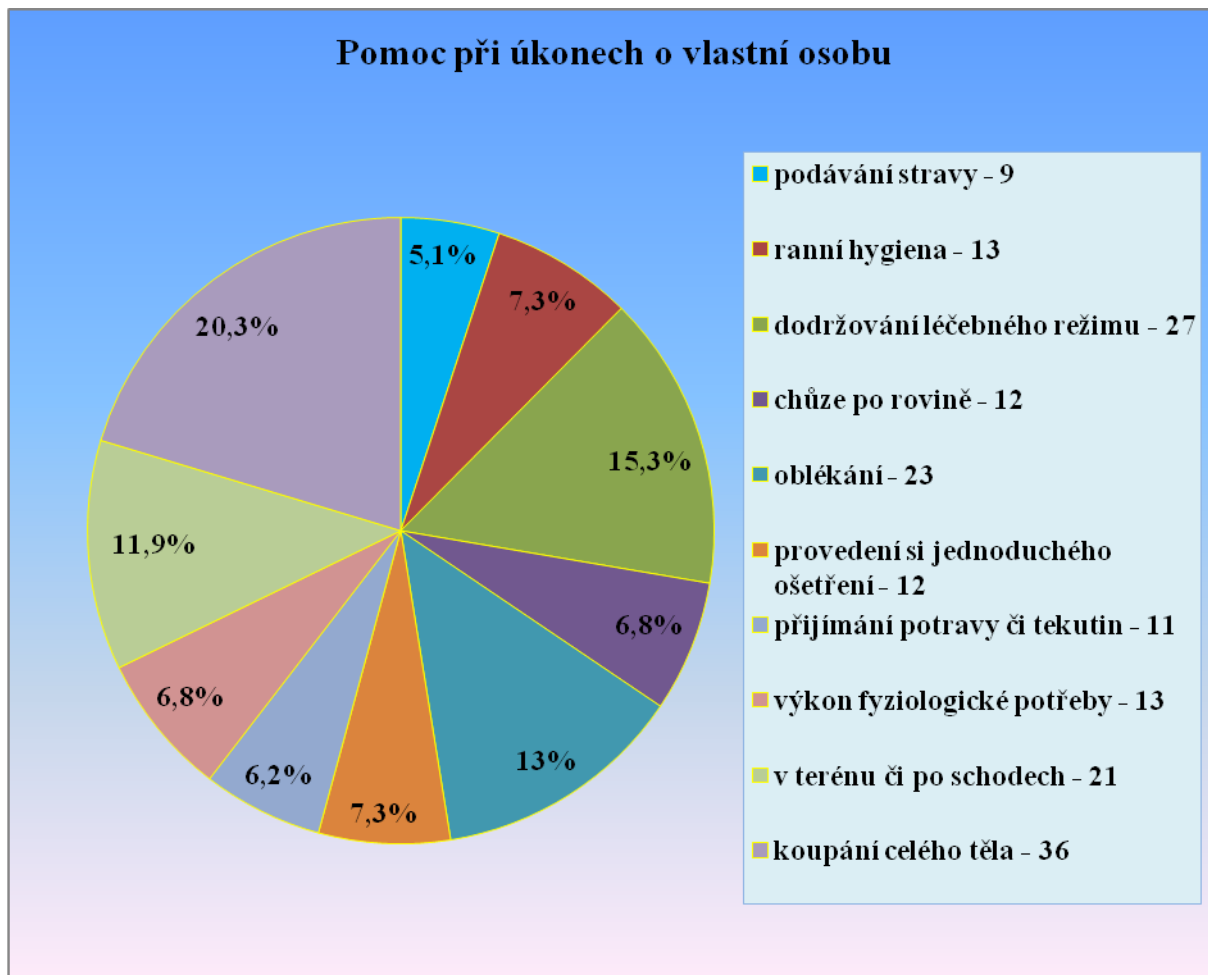
Pomoc při úkonech o vlastní osobu	Počet dotazovaných osob - 41	%
Podávání stravy	9	5,1
Ranní hygiena	13	7,3
Dodržování léčebného režimu	27	15,3
Chůze po rovině	12	6,8
Oblékání	23	13
Provedení si jednoduchého ošetření	12	6,8
Přijímání potravy či tekutin	11	6,2
Výkon fyziologické potřeby	13	7,3
V terénu či po schodech	21	11,9
Koupání celého těla	36	20,3
Celkem odpovědí	177	100

Graf sloupkový č. 6: Pomoc při úkonech o vlastní osobu



Vzhledem k tomu, že sloupcový graf neznázorňuje procentuální vyjádření, ale je pro toto zobrazení značně názorný, uvádíme pro přehlednost i graf výsečový. Sloupcový graf ukazuje počet jednotlivých potřebných úkonů o vlastní osobu.

Graf výsečový č. 6: Pomoc při úkonech o vlastní osobu



Výsečový graf ukazuje procentuální vyjádření jednotlivých potřebných úkonů o vlastní osobu včetně údajů o jejich počtu uvedených v legendě.

Pomoc při úkonech soběstačnosti

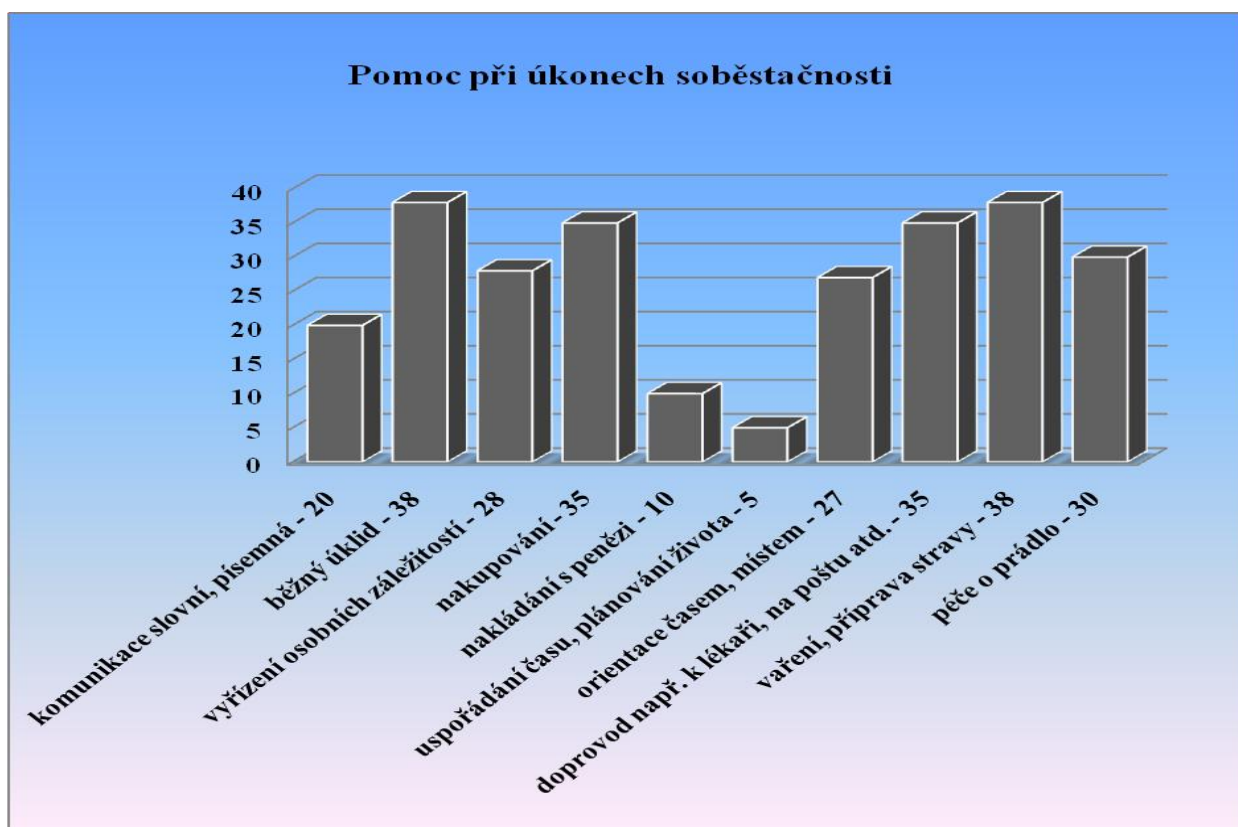
Zkoumaná otázka se zabývala tím, při kterých úkonech soběstačnosti potřebují respondenti pomoc. Mohli zde zaškrtnout více variant z nabízených 10 odpovědí. Celkem se nasbíralo 266 odpovědí. Z toho vyplývá, že respondenti uvádí potřebu pomoci souběžně

téměř ve všech úkonech péče o domácnost a pomoci v soběstačnosti. Běžný úklid a vaření s přípravou stravy vybralo 38 respondentů, tj. 14,2 %, což byl nejvyšší počet ze získaných odpovědí. V druhém nejvyšším počtu se vyjádřilo 35 osob, a to v úkonech nakupování a v doprovodu k lékaři či na poštu, což představovalo 13,2 %. V péči o prádlo potřebovalo pomoc 30 respondentů, což je 11,3 %. Tento úkon představuje praní prádla, které v případě automatické pračky jsou schopni zvládnout, avšak jeho věšení a žehlení již činí respondentům potíže. Vyřízení osobních záležitostí je téměř srovnatelné s orientací časem a místem, kdy na tyto otázky odpovědělo 28 a 27 osob, což představuje cca 10 %. S dalším úkonem – komunikací potřebovalo pomoc 20 respondentů. Z praxe vyplývá, že větším problémem je komunikace písemná než slovní. Pro různá onemocnění jsou dotyční omezení písemnou formou. Jsou schopni se ještě podepsat – převážně kostrbatě, slabě či nerovně. Písemně se jinak vůbec neprojeví. 10 osob potřebovalo podporu v nakládání s hotovostí, jistě se většinou jednalo pouze o dohled, občas o plnou pomoc při orientaci s penězi. Procentuálním vyjádřením se jednalo o 3,8 %. Nejméně ze všech úkonů bylo potřeba pomoci druhé osoby v uspořádání času či plánování života. Pouze 5 osob uvedlo tento bod, který představoval 1,2 %. Z praxe se jedná o to, že člověk si je vědom toho, co chce či nechce. Jednou potřebuje a chce spát, protože je unaven, jindy touží například poslouchat hudbu, protože se chce rozptýlit.

Tabulka č. 7: Pomoc při úkonech soběstačnosti

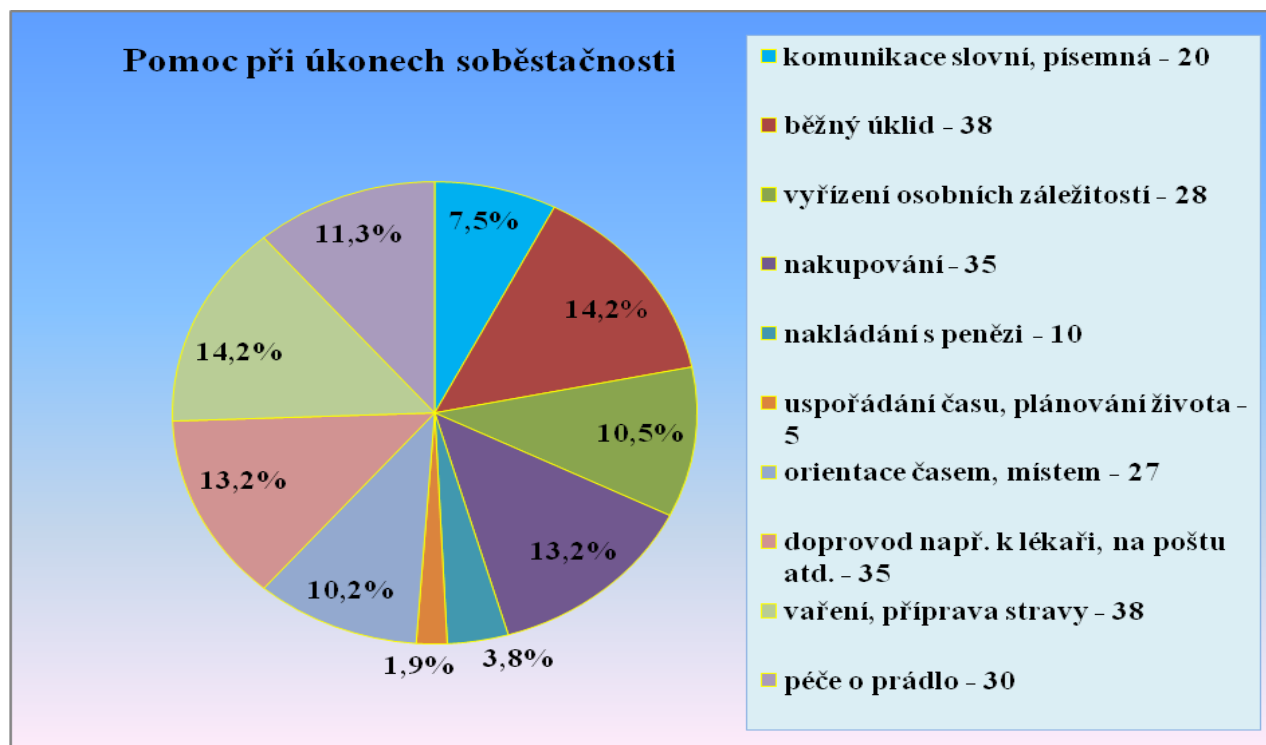
Pomoc při úkonech soběstačnosti	Počet dotazovaných osob - 41	%
Komunikace slovní, písemná	20	7,5
Běžný úklid	38	14,2
Vyřízení osobních záležitostí	28	10,5
Nakupování	35	13,2
Nakládání s penězi	10	3,8
Uspořádání času, plánování života	5	1,9
Orientace časem, místem	27	10,2
Doprovod např. k lékaři, na poštu atd.	35	13,2
Vaření, příprava potravy	38	14,2
Péče o prádlo	30	11,3
Celkem odpovědí	266	100

Graf sloupcový č. 7: Pomoc při úkonech soběstačnosti



Vzhledem k tomu, že sloupcový graf neznázorňuje procentuální vyjádření, ale je pro toto zobrazení značně názorný, uvádíme pro přehlednost i graf výsečový. Sloupcový graf ukazuje počet jednotlivých potřebných úkonů o vlastní osobu.

Graf výšečový č. 7: Pomoc při úkonech soběstačnosti



Výšečový graf ukazuje procentuální vyjádření jednotlivých potřebných úkonů soběstačnosti včetně údajů o jejich počtu uvedených v legendě.

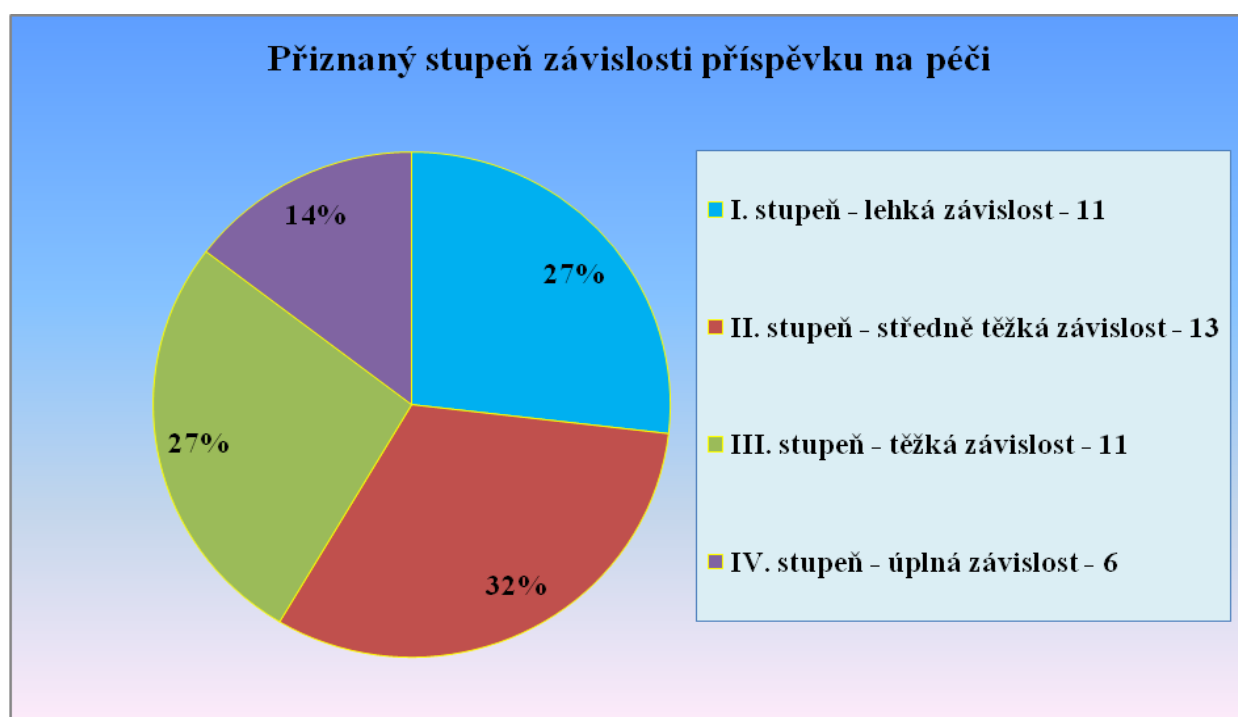
Přiznaný stupeň závislosti příspěvku na péči

Tato otázka zkoumala, jaký stupeň závislosti příspěvku na péči byl respondentům přiznán. Nejvíce respondentů odpovědělo ve II. stupni – středně těžké závislosti, procentuálním vyhodnocením to činí 32 %. Tento výsledek potvrzuje i praxe v sociální práci včetně statistik MPSV. Stejně množství respondentů v počtu 11 odpovědělo v I. stupni – lehké závislosti a ve III. stupni - těžké závislosti, což představuje shodných 27 %. Nejméně odpovědělo 6 respondentů ve IV. stupni – úplné závislosti, představující 14 % vyhodnocení. Vzhledem k nesoběstačnosti těchto úplně závislých osob bylo požádáno, aby příjemcům IV. stupně závislosti pomohli s vyplněním dotazníku jejich poskytovatelé péče.

Tabulka č. 8: Přiznaný stupeň závislosti příspěvku na péči

Přiznaný stupeň závislosti příspěvku na péči	Počet osob	%
I. stupeň - lehká závislost	11	27
II. stupeň - středně těžká závislost	13	32
III. stupeň - těžká závislost	11	27
IV. stupeň - úplná závislost	6	14
Celkem	41	100

Graf výšečový č. 8: Přiznaný stupeň závislosti příspěvku na péči



Způsoby využití příspěvku na péči

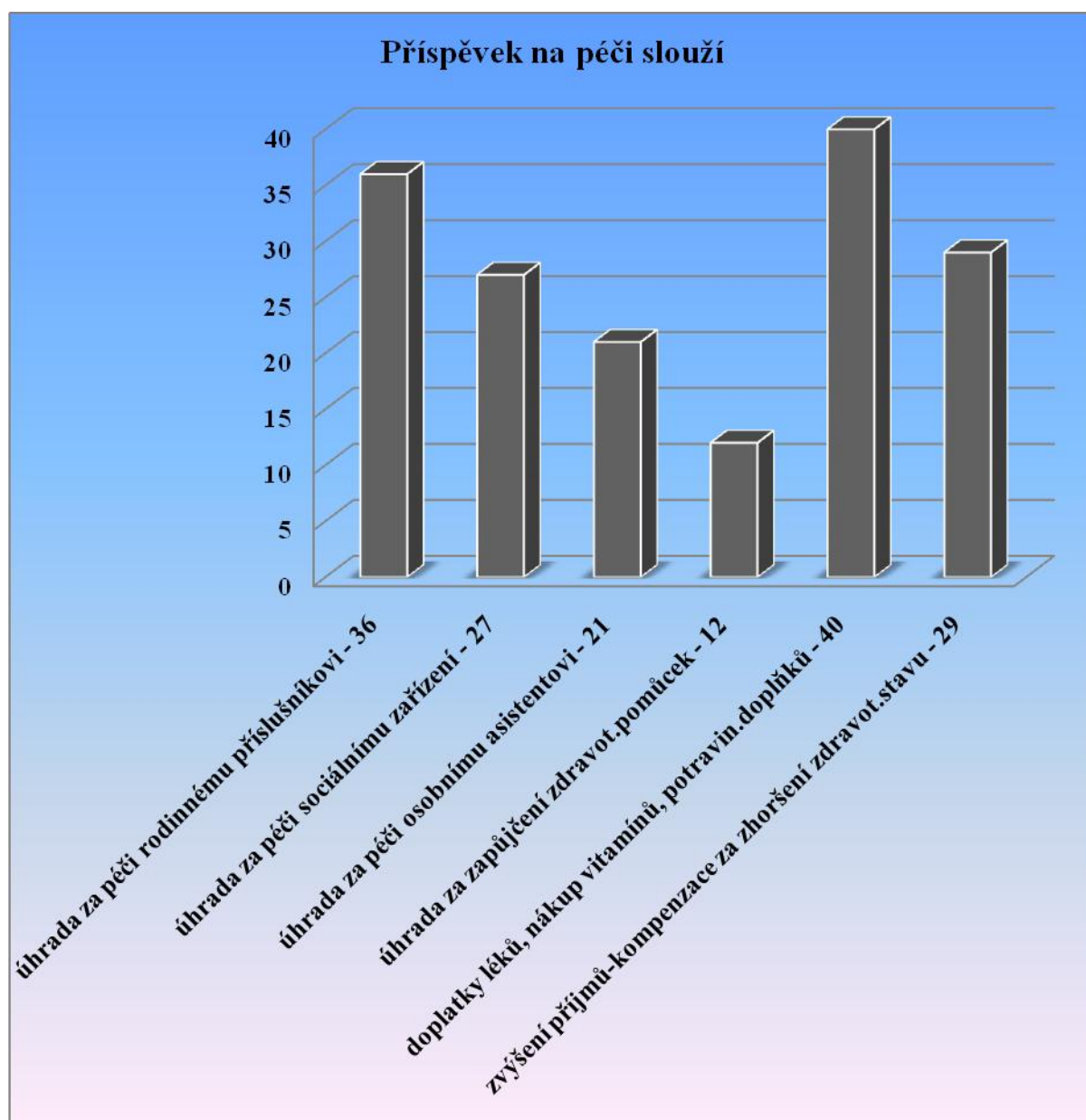
Zkoumaná otázka se zabývala tím, k čemu respondentům sloužil příspěvek na péči. Mohli, zde zaškrtnou více variant z nabízených 6 odpovědí. Plně bylo této možnosti využito a celkem bylo získáno 165 odpovědí. Nejvíce, 40 respondentů, odpovědělo, že jej používají k doplatkům za léky, k nákupu vitamínů či potravinových doplňků. To představovalo 24 %. Zároveň se vyjádřili v počtu 36, že hradí za péči svému rodinnému příslušníkovi, což představovalo 22 %. Téměř srovnatelné odpovědi v počtu 29 a 27 byly za odpovědi zvýšení

příjmů – kompenzace za zhoršení zdravotního stavu a za poskytovanou péči sociálnímu zařízení. Občané za omezení svého zdravotního stavu pobírají státní dávku v podobě invalidity různých stupňů, přesto se prokázalo, že i PnP používají za určitou kompenzaci ke své nemoci. Tímto způsobem je ale PnP zneužíván. Hrazení služeb sociálnímu zařízení vyplývá ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. V tomto směru tedy ke zneužívání nedochází a dokonce je správně PnP využíván k účelům, ke kterým je určen. 21 osob odpovědělo, že si hradí péči osobního asistenta. To představovalo 13 %. Praxe ukazuje, že se jedná o lidi, kteří žijí doma v přirozeném prostředí a v době, kdy jsou ostatní členové rodiny v zaměstnání, dochází k nim tato služba. Zajišťuje např. pomoc při dodržování léčebného režimu, při ohřátí a podávání stravy nebo dohled při krátké zdravotní pochůzce u domu s berlemi nebo na vozíku. Pouze a zároveň nejméně 12 osob se vyjádřilo, že PnP jim slouží k úhradě za půjčování zdravotnických pomůcek. Tato služba ve formě zapůjčování je pro občany velice vhodná, protože nemusí vynaložit celkové a mnohdy vyšší částky za nákup. Ze získaných dat vyplývá, že respondenti plně kombinují možnosti využívání příspěvku na péči k různým variantám a možnostem.

Tabulka č. 9: Příspěvek na péči slouží

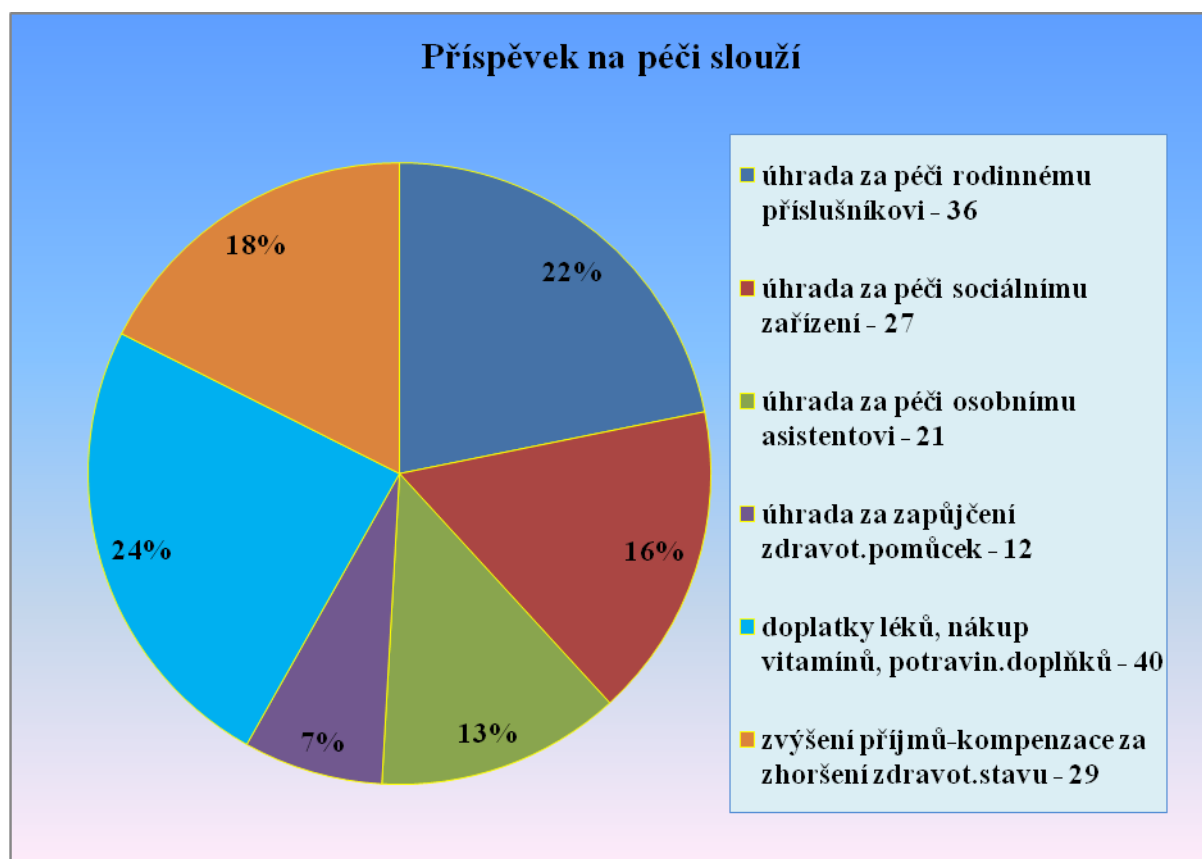
Příspěvek na péči slouží	Počet dotazovaných osob - 41	%
Úhrada za poskytovanou péči rodinnému příslušníkovi	36	22
Úhrada za poskytovanou péči sociálnímu zařízení	27	16
Úhrada za poskytovanou péči osobnímu asistentovi	21	13
Úhrada za zapůjčení zdravotnických pomůcek	12	7
Doplatky léků, nákup vitamínů a potravinových doplňků	40	24
Zvýšení příjmů-kompenzace za zhoršení zdravotního stavu	29	18
Celkem odpovědí	165	100

Graf sloupcový č. 9: Příspěvek na péči slouží



Vzhledem k tomu, že sloupcový graf neznázorňuje procentuální vyjádření, ale je pro toto zobrazení značně názorný, uvádíme pro přehlednost i graf výsečový. Sloupcový graf ukazuje, k jakým účelům je příspěvek na péči využíván.

Graf výšečový č. 9: Příspěvek na péči slouží



Výšečový graf ukazuje procentuální vyjádření jednotlivých variant a úhrad za jeho využívání uvedených v legendě.

Povědomost o využití příspěvku na péči k jeho určeným účelům

Tato zkoumaná otázka oslovovala respondenty, zda využívají příspěvek na péči k účelům, ke kterým je určen. Překvapující bylo zjištění, že nejvíce respondentů, v počtu 22, odpovědělo, že neví, k jakému účelu je přesně určen, přičemž informace jsou jim poskytovány na úřadech a sociálních zařízeních různého typu. Další možnost jak získat informace je nabízena veřejnoprávními médii. V neposlední řadě si informace předávají občané mezi sebou. Procentuálním vyjádřením výsledek představoval více než polovinu názorů, a to bylo 54 %. 17 respondentů z dotazovaných 41 odpovědělo, že využívá příspěvek na správné účely, tzn. na nákup a úhradu sociálních služeb. Tyto odpovědi vyjadřovaly 41 %. Pouze 2 respondenti, v procentuálním vyjádření 5 %, dotazníkem sdělili, že příspěvek k jeho určeným účelům nevyužívají. Jejich otevřenost lze však ocenit.

Tabulka č. 10: Využívání příspěvku na péči k jeho určeným účelům

Využívání příspěvku na péči k jeho určeným účelům	Počet osob	%
Ano	17	41
Ne	2	5
Nevím, k jakému účelu je přesně určen	22	54
Celkem	41	100

Graf č. 10: Využívání příspěvku na péči k jeho určeným účelům



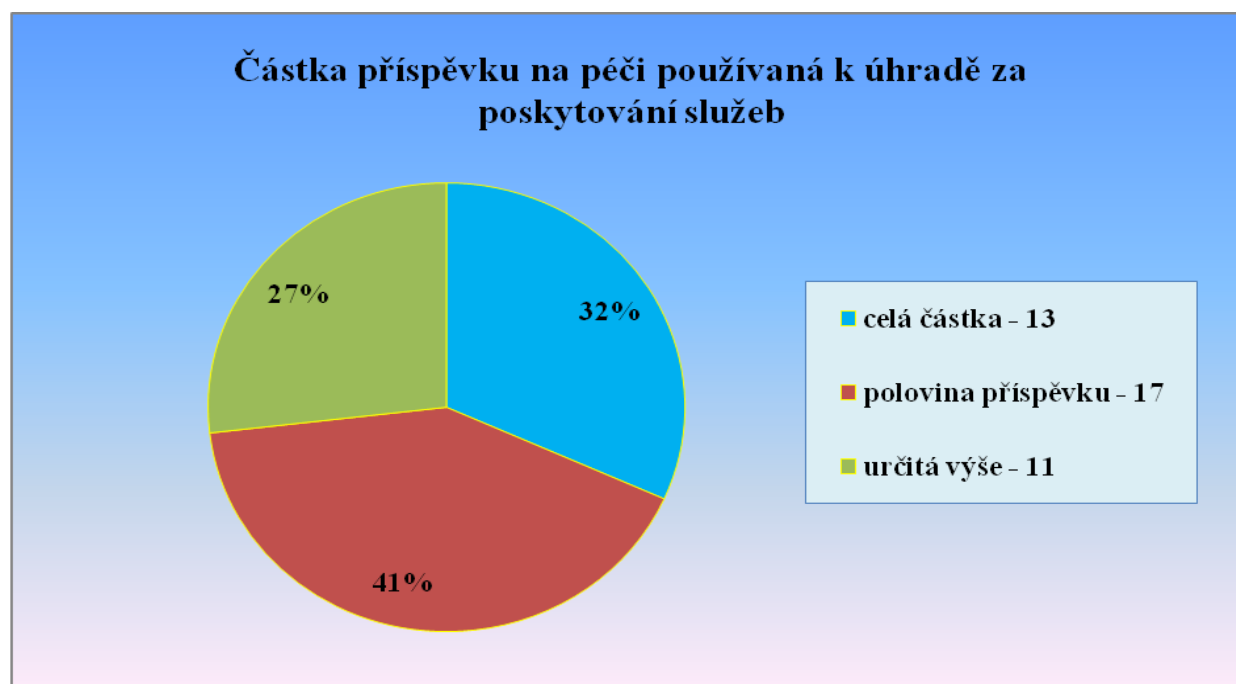
Výše částky příspěvku na péči používaná k úhradě za poskytování služeb

Průzkumná otázka se zabývala tím, jakou částku příspěvku na péči respondenti používají k úhradě za poskytování služeb. Nejvíce respondentů v počtu 17 odpovědělo, že využívá polovinu příspěvku na péči. To je vyjádřeno ve 41 %. Tuto skutečnost lze hodnotit přesto jako kladnou. Sociální politika opakovaně nabádá občany, aby využívali státní příspěvky plnohodnotně. Celou částku používá 13 osob, což představuje 32 %. Dá se však předpokládat, že se jedná o klienty pobírající pobytové sociální služby jako např. DD, DPS, Domy pro seniory nebo zařízení pro mentálně postižené osoby. Nejméně, v počtu 11 respondentů a procentuálním vyjádření 27 % odpovědělo, že používá pouze určitou výši částky na tyto úhrady. Tento výsledek však nelze kladně hodnotit.

Tabulka č. 11: Částka příspěvku na péči používaná k úhradě za poskytování služeb

Částka příspěvku na péči používaná k úhradě za poskytování služeb	Počet osob	%
Celá částka	13	32
Polovina příspěvku	17	41
Určitá výše	11	27
Celkem	41	100

Graf č. 11: Částka příspěvku na péči používaná k úhradě za poskytování služeb



Způsob využívání zbylé části příspěvku, která není použita za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu

Zkoumaná otázka se zabývala, jakým způsobem využívají respondenti zbylou část příspěvku na péči, kterou nepoužijí za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu. Nejvíce, a to 19 respondentů, odpovědělo, že zbylou část příspěvku použijí jako zvýšení příjmů svým rodinným příslušníkům. V procentuálním vyjádření to činí 61 %. Praxe ukazuje, že v zákoně o sociálních službách došlo k nedostatkům ze strany zákonodárců. Za PnP měly být původně hrazeny služby pouze v sociálních zařízeních. Nebylo plánováno, že staří a nemohoucí rodiče budou za péči hradit svým dětem. To lze hodnotit velice negativně až nemorálně. Zákon o rodině upravuje pomoc a podporu nezletilým dětem a naopak pomoc a podporu dětí rodičům v nemohoucnosti. Druhé místo obsadila odpověď ve formě spoření na bankovní účet. Tuto variantu zvolilo 7 respondentů, což bylo 23 %. Nejméně, a to 5 respondentů, odpovědělo variantou vylepšení si denního rozpočtu k důchodu. Tato odpověď byla zaznamenána v 16 %. Všechny tři varianty využití zbylé částky PnP jsou nesprávným způsobem investovány, přičemž je zákon připouští.

Tabulka č. 12: Způsob využívání zbylé části příspěvku, která není použita za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu

Způsob využívání zbylé části příspěvku, která není použita za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu	Počet osob	%
Zvýšení příjmů rodinným příslušníkům	19	61
Spoření na bankovní účet	7	23
Vylepšení denního rozpočtu k důchodu	5	16
Celkem	41	100

Graf č. 12: Způsob využívání zbylé části příspěvku, která není použita za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu



Poskytovatel potřebné péče

Průzkumná otázka se zabývala tím, kdo respondentům poskytuje potřebnou péči. V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více variant z nabízených 5 odpovědí. Bylo patrné, že respondenti sloučili více variant a proto 41 osob poskytlo 90 kombinovaných odpovědí.

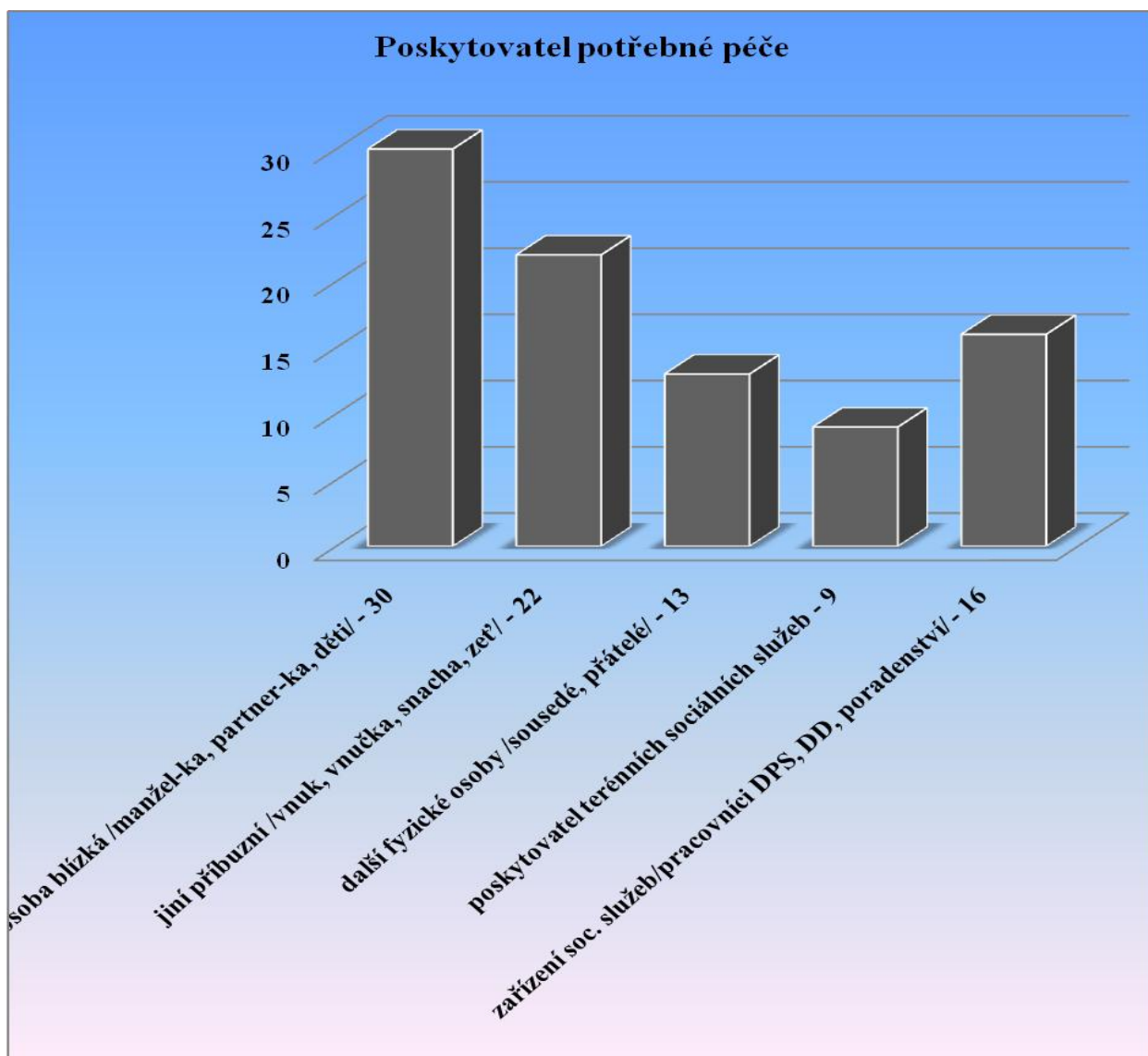
Výzkum potvrdil, že nejvíce, celkem 30 respondentů, odpovědělo, že jim péči poskytují přímí členové rodiny, a to manžel – manželka, partner – partnerka nebo děti. V procentuálním vyčíslení se jednalo o 33 %. Druhým údajem se potvrdila další řada z rozšířené rodiny. Jednalo se o vnuky, vnučky, snachy a zetě. 22 osob, tedy 24 % respondentů, uvedlo, že rodina patří do nejrozsáhlejší skupiny fyzických osob, která péči poskytuje. Někteří jedinci z úcty a dobrého vychování vracejí nemocným a starým členům rodiny to, co do nich v mládí vložili, jiní tak naopak činí pouze z povinnosti nebo pro finanční odměnu. Z praxe víme, že rodina se v rámci svých možností občas stará i o osoby, které jsou umístěny v pobytových sociálních

službách. Např. formou návštěv zařízení, víkendových či svátečních pobytů v rodinných kruzích. Výzkum také ukázal, že 16 respondentů, což představovalo 18 %, dokladovalo, že jsou klienty DD, DPS a jiných zařízení. Ne všichni plně využívají všech služeb v těchto domech. PnP je v DPS klientovi účtován pouze za služby, které odebírá ve formě např. nákupů, péči o prádlo, donášky oběda či úklidu na pokoji. PnP je v DD účtován klientovi paušálně v plné výši i za služby, které nepožaduje. 13 osob, což činí 15 %, se vyjádřilo, že vítají pomoc sousedů a přátel. Z praxe víme, že se většinou jedná o krátkodobou pomoc v rámci dohledu. Sousedé mívají i klíče od domovů a bytů starých a nemocných lidí, aby mohli přivolat i případnou zdravotní pomoc. Jedná se zase většinou o donášku oběda či drobný nákup. Nejnižší počet, a to 9 odpovědí, poskytli respondenti na variantu terénního pracovníka – asistenta, který supluje nejčastěji podporu a péči v době, kdy není nablízku rodina. I v procentuálním vyjádření se jednalo o nejnižších 10 % v této otázce.

Tabulka č. 13: Poskytovatel potřebné péče

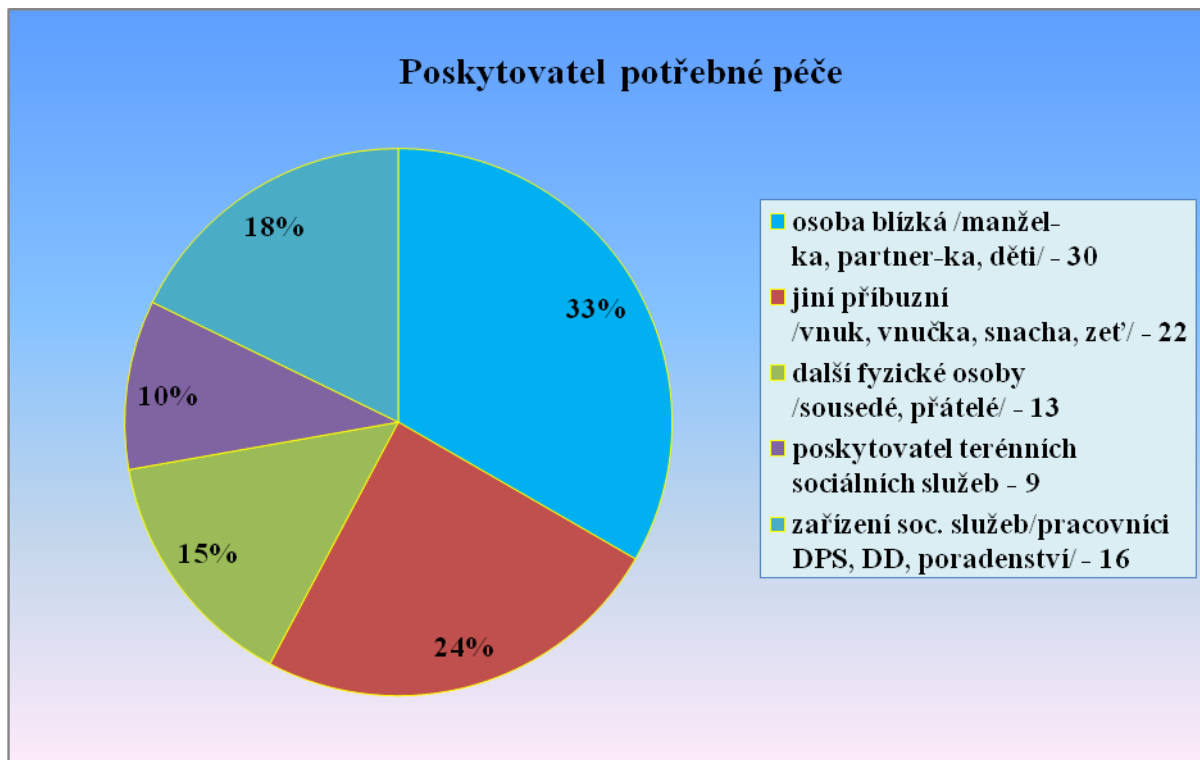
Poskytovatel potřebné péče	Počet dotazovaných osob - 41	%
Osoba blízká /manžel, manželka, partner, partnerka, děti/	30	33
Jiní příbuzní /vnuk, vnučka, snacha, zeť/	22	24
Další fyzické osoby /sousedé, přátelé/	13	15
Poskytovatel terénních sociálních služeb /terén. soc. prac./	9	10
Zařízení soc. služeb /pracovníci DPS, DD, poradenství/	16	18
Celkem odpovědí	90	100

Graf sloupcový č. 13: Poskytovatel potřebné péče



Vzhledem k tomu, že sloupcový graf neznázorňuje procentuální vyjádření, ale je pro toto zobrazení značně názorný, uvádíme pro přehlednost i graf výsečový. Sloupcový graf ukazuje počet jednotlivých poskytovatelů potřebné péče.

Graf výsečový č. 13: Poskytovatel potřebné péče



Výsečový graf ukazuje procentuální vyjádření jednotlivých variant poskytovatelů potřebné péče uvedených v legendě.

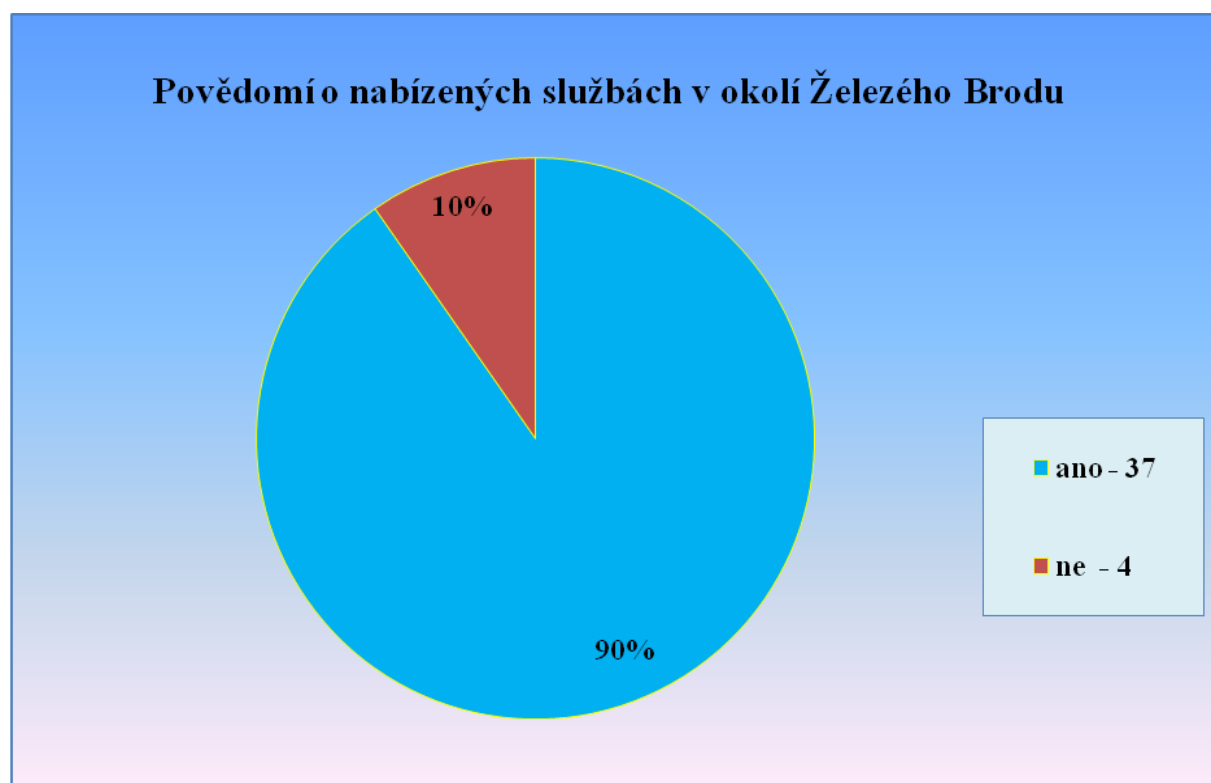
Povědomí respondentů o nabízených službách v jejich okolí

Průzkumná otázka se zabývala dotazem, zda respondenti vědí, jaké sociální služby jsou nabízeny v jejich okolí. Většina ze 41 dotazovaných, a to 37 respondentů, opověděla kladně, což lze vyčíslit 90 %. Pouze 4 respondenti odpověděli zápornou variantou, což vyjadřuje 10 %. Z toho vyplývá, že informovanost o sociálních službách v oblasti Železného Brodu se jeví jako kladná.

Tabulka č. 14: Povědomí o nabízených sociálních službách v okolí Železného Brodu

Povědomí o nabízených sociálních službách v okolí Železného Brodu	Počet osob	%
Ano	37	90
Ne	4	10
Celkem	41	100

Graf č. 14: Povědomí o nabízených sociálních službách v okolí Železného Brodu



Zlepšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči

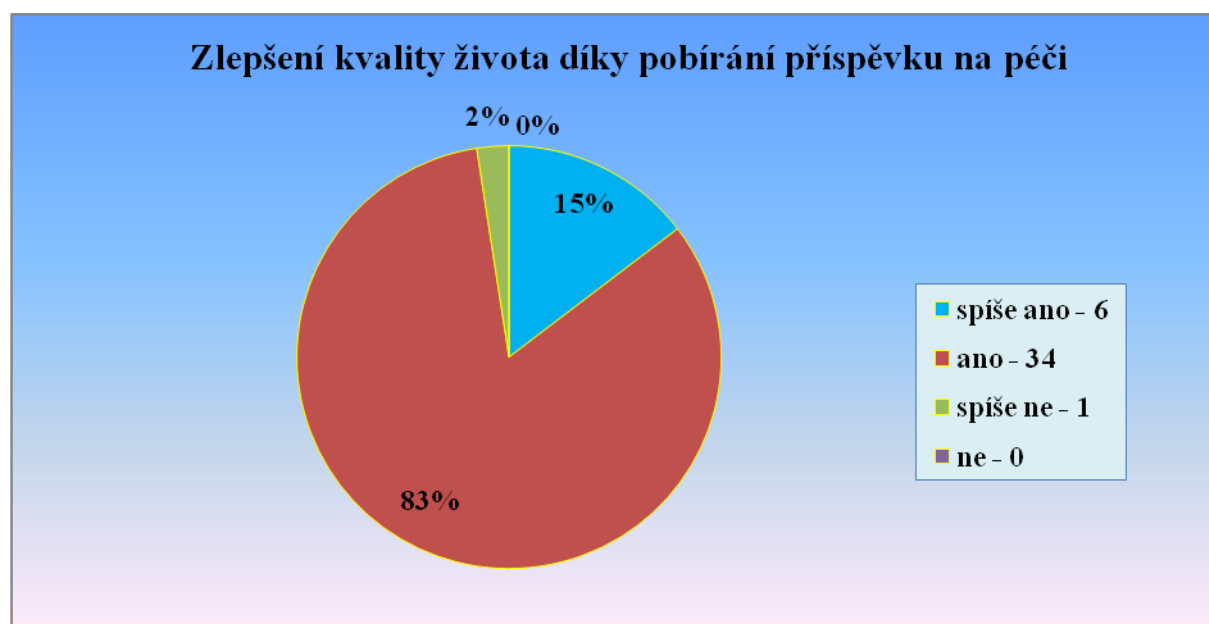
Tato zkoumaná otázka oslovovala respondenty, zda se jim zlepšila kvalita života díky pobírání příspěvku na péči. Měli zde výběr ze 4 variant. Spíše ano, ano, spíše ne, ne. Drtivá většina odpověděla kladně – spíše ano a ano, což představovalo 98 %.

Ze 41 dotazovaných pouze 1 respondent odpověděl záporně. Komunitní plánování obcí a sociální politika státu má za úkol zvyšovat životní úroveň svých občanů a celé společnosti. To se formou příspěvku na péči daří, což dokládají i pozitivní odpovědi na tuto otázku v průzkumovém dotazníku.

Tabulka č. 14: Zlepšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči

Zlepšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči	Počet osob	%
Spíše ano	6	83
Ano	34	15
Spíše ne	1	2
Ne	0	0
Celkem	41	100

Graf č. 14: Zlepšení kvality života díky pobírání příspěvku na péči



3.6.2 Vyhodnocení spisové dokumentace

Vyhodnocení spisové dokumentace bylo provedeno na základě statistických údajů vedených na odboru sociálních věcí (dále jen OSV) Městského úřadu (dále jen MěÚ) v Železném Brodě a to se souhlasem pana tajemníka. Vycházelo se ze souhrnných zpráv vedených pro potřeby Krajského úřadu.

Zrušením zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti došlo k výrazným změnám v sociální sféře. Tento zákon upravoval příspěvek bezmocnosti (dále jen BZM) tzn. částečné, převážné či úplné navýšení k invalidnímu důchodu a dále příspěvek o osobu blízkou (dále jen POB). Nově vzniklé zákony č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, č. 110/2006 Sb.,

o životním a existenčním minimu a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci hmotné nouzi, ve snaze navazovat na sociální potřebnost, měly za úkol zpřísnění a adresnost vyplácení sociálních dávek. Záměrem bylo, aby si občané nakupovali dle svých potřeb sociální služby. Předpokládalo, že se tyto finance se vrátí zpět do pokladny státního rozpočtu, což se nestalo. Na menších obcích nemají občané mnoho možností si služby hradit, protože sociální zařízení tam nemusejí být vybudována. Proto větší část státní dávky zůstává v rodině mezi jejími členy.

V průběhu měsíce ledna v roce 2007 bylo na MěÚ OSV automaticky z CSSZ převedeno 487 příspěvků BZM a POB na nově vzniklý příspěvek na péči. Pracovnice na základě seznamů klientů, zadávaly údaje ručně do aplikace programu OK NOUZE, který pak vyhodnotil příslušný stupeň závislosti. Vzhledem k medializaci ve veřejnoprávních prostředcích začalo docházet k nárůstu žadatelů o příspěvek na péči. Během roku 2007 vzrostl počet žadatelů o dalších 181 osob a v roce 2008 o 167 osob. Průběžně docházelo i k postupnému přehodnocování stupňů lékařskou posudkovou službou OSSZ, tudíž byl příspěvek snižován, velmi často odejmut, docházelo i k přirozenému úmrtí klientů. V roce 2009 bylo nepřiznaných, odejmutých, ukončených a trvale zastavených 99. V roce 2010 ve stejné „kategorii“ figurovalo 104 jedinců a v roce 2011 se jednalo o 106 osob v téže skupině. Počet přiznaných, nepřiznaných, odejmutých, ukončených a trvale zastavených se každým rokem měnil dle skutečnosti, takže k 31. 12. 2011 je na OSV MěÚ Železný Brod vedeno 475 příjemců PnP.

I když pro nás studium spisové dokumentace byla pouze doplňkovou metodou, uvědomili jsme si řadu legislativních změn, kterými problematika příspěvku na péči prošla.

3.6.3 Vyhodnocení předpokladů

Tato část bude zaměřena na vyhodnocení předpokladů P 1, P 2, P 3, které směřovaly k cíli práce. Cílem práce bylo zmapovat využívání příspěvku na péči v oblasti Železného Brodu. Předpoklady byly ověřovány formou průzkumového šetření uživatelů opakované státní dávky. Jednalo se o vzorek 41 jedinců, kteří od 1. 1. 2007 byli příjemci příspěvku na péči v ORP Železný Brod. Zodpověděli 27 otázek nestandardizovaného dotazníku týkajících se výše zmíněného tématu. Následně pro průzkum bylo vybráno 14 všeobecných otázek, které statisticky zpracovány.

Předpoklad 1

P 1: Lze prokázat, že uživatelé příspěvku na péči potřebují pomoc více v úkonech o vlastní osobu než v úkonech soběstačnosti.

Dle průzkumového šetření bylo zjištěno, že uživatelé potřebují pomoc více v úkonech soběstačnosti (tabulka č. 7 a graf č. 7, s. 53-54), než v úkonech o vlastní osobu (tabulka č. 6 a graf č. 6, s. 50-51). V obou otázkách bylo potvrzeno, že jednotlivý úkon téměř vždy navazuje na jiný, nebo že se prolínají. Respondenti volili z 20 možných variant, ze kterých bylo získáno 443 odpovědí. Vyjádřeno v procentech je tento poměr 60 : 40 nebo-li 266 : 177 odpovědím.

Předpoklad č. 1 o tom, že uživatelé PnP potřebují více pomoc v úkonech o vlastní osobu než v úkonech soběstačnosti se nepotvrdil.

Předpoklad 2

P 2: Lze předpokládat, že příjemci státní dávky zneužívají příspěvek na péči z více jak 50 %.

Dle průzkumového šetření tabulky č. 10 a grafu č. 10 (s. 59) bylo zjištěno, že 41 % respondentů využívá státní dávku k odpovídajícím účelům. A 5% respondentů se dozvalo, že dávku pobírají, ale nevyužívají ji k danému účelu. Až 54 % respondentů nevědělo k jakému účelu a využívání je dávka přesně určena. Z toho vyplývá, že celkem 59 % respondentů sdělilo, že nevyužívá nebo přesně neví k jakému účelu je příspěvek určen. Proto státní dávku nemůže ani vhodně využívat.

Předpoklad č. 2 o tom, že příjemci státní dávky zneužívají příspěvek na péči z více jak 50 %, se tímto průzkumem potvrdil.

Předpoklad 3

P 3: Lze se domnívat, že tělesné postižení pohybového aparátu je z více jak 45 % nejčastějším důvodem k určení stupně závislosti příspěvku na péči.

Dle průzkumového šetření tabulky č. 5 a grafu č. 5 (s. 48) bylo zjištěno toto: V otázce, zda tělesné postižení pohybového aparátu je nejčastějším důvodem k určení stupně závislosti příspěvku na péči se 41 respondentů což je 100 % vyjádřilo, že 39 % je tělesně postižených je duševně postižených. Dále pak shodně 16 % jsou mentálně a smyslově postižení. Bylo potvrzeno statisticky, a je dokladováno i praxí, že jednotlivá postižení nejsou samostatná, ale většinou kombinovaná. Z toho vyplývá, že se nejedná pouze o postižení pohybového aparátu zdravotně znevýhodněných spoluobčanů.

Předpoklad č. 3 o tom, že tělesné postižení pohybového aparátu je z více jak 45 % nejčastějším důvodem k určení stupně závislosti příspěvku na péči se tímto průzkumem nepotvrdil.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou opakované dávky vyplácené státem. Teoretická, ale i její praktická část byla tvořena v roce 2011, kdy pro danou problematiku platil aktuálně zákon č. 108/2006 Sb.

Základním cílem této práce bylo zmapování využívání příspěvku na péči v oblasti Železného Brodu. Domníváme se, že tento cíl se podařilo úspěšně naplnit. Práce přibližuje charakteristiku a popisuje okolnosti vzniku státní finanční podpory. Hlavní metodou ke zjištění skutečností byl zvolen nestandardizovaný dotazník, kterým byly ověřeny stanovené předpoklady vzhledem k problematice využívání příspěvku na péči. Další metodou bylo studium spisové dokumentace, které nám pomohlo orientovat se v oblasti příspěvku na péči na Železnobrodsku. Jako další dílčí metoda práce pro přehledné třídění získaných dat nám posloužily statistické metody zpracování dat, tj. tabulky a různé typy grafů. Především grafickým znázorněním poznatků a informací se ukázala být některá fakta jako důležitá.

Bakalářská práce se skládá z teoretické části a části praktické. Část teoretická, přibližuje pomocí odborných zdrojů sociální služby před přijetím zákona o sociálních službách, dále samotný pojem příspěvku na péči přes sociální šetření. Dále popisuje určení jeho stupně po kontrolu jeho využívání. V neposlední řadě se zabývá pozdní ontogenezí - obdobím ve stáří. Věk, který přibližujeme je nejvíce ze všech věkových kategorií závislý na pomoci poskytovatelů péče.

Praktická část je zaměřena na názory a odpovědi klientů od 18 let až po 90 a více let, kteří PnP pobírají. Tito klienti mají zkušenost s poskytovateli péče v domácím prostředí i v zařízeních, která sociální služby poskytují. Prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku zjišťujeme některé aspekty příspěvku na péči a podmínky jeho vzniku či možné varianty stupňů, poskytovatelů péče, získání informací o něm, důvody zdravotních obtíží, úkony o sebe či soběstačnosti. Dotazníkové šetření bylo tedy zaměřeno na respondenty, kteří mají během svého života s tímto druhem státní dávky nějakou zkušenost. Průzkumová část se opírá i o studium spisové dokumentace.

Stanovené předpoklady v souladu s cílem naší bakalářské práce, které byly před zahájením průzkumu stanoveny se pouze v jednom případě podařilo průzkumem potvrdit. Přesto mohou mít získané poznatky pro oblast problematiky příspěvku na péči svoji vypovídající hodnotu, zvláště když na podobné výsledky ukazují i praxe sociálních pracovníků v terénu, ale též naše zevrubně zpracovaná teoretická část.

Hlavní přínos bakalářské práce lze spatřovat ve zvýšení povědomí společnosti o problematice příspěvku na péči a tím k lepší možnosti pomoci zdravotně znevýhodněným spoluobčanům, obzvláště lidem ve stáří. Od ledna 2012 platí novelizace zákona pro tuto problematiku. Novelizace zákona o sociálních službách tak směřuje k výraznému zjednodušení stanovení stupně závislosti, posudkoví lékaři zmiňují pouze deset ucelených oblastí života pro posuzování zvládání životních potřeb. O příspěvku rozhoduje Krajská pobočka Úřadu práce. Změny jsou ve výši PnP. I. st. - lehká závislost u osob starších 18 - ti let je snížena na 800 Kč. U osob do 18 - ti let je II. st. - středně těžká závislost zvýšena na 6000 Kč. Matkám zvýšení PnP dle § 12 aj. aj. Předkládaná bakalářská práce přinesla řadu zajímavých poznatků nejen na základě vyhodnocení dotazníkového šetření, ale i na základě běžné komunikace s lidmi, kteří příspěvek na péči pobírají nebo s lidmi, kteří poskytují potřebnou péči. Poukázala především na možnosti péče a zlepšení životní úrovně klientů.

Z výsledků našeho šetření vzešly poznatky, které byly v praktické části pečlivě popsány. Vzhledem k počtu respondentů je třeba podotknout, že námi získané výsledky není možné generalizovat. Uvědomujeme si, že poznatky a získané informace jsou poplatné pro oblast Železného Brodu, na který jsme náš průzkum zaměřili.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ DO PRAXE

Problematika péče o zdravotně znevýhodněné a staré spoluobčany se výrazně začala řešit až po roku 1989, kdy se Sociální politika státu aktivně a otevřeně začala zajímat o sociální oblast. Vznikly i nové organizace a instituce, vznikl nový pohled na sociální systém. V duchu humanity a solidárnosti začalo postupně docházet ke zlepšení kvality života osob, které nejsou aktivně zapojeny do pracovního procesu.

K mnohým změnám již došlo. Je stále potřebné pracovat na účinných preventivních opatřeních a na operačních systémech, které mají za úkol pomoci všem osobám, které se z jakéhokoli důvodu ocitnou v dlouhodobé nepříznivé životní situaci. Systém pomoci by měl garantovat okamžitou ekonomickou podporu, sociální, zdravotní, právní, poradenskou aj. Téma zdraví a stáří je aspektem, který bude v naší společnosti třeba diskutovat i do budoucna. Z naší bakalářské práce vzešla již nyní některá doporučení do praxe, která je vhodné podporovat:

- Zvyšovat kvalifikaci a celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků upravených zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a tak zvyšovat odbornost v krizové intervenci a v oblasti legislativy
- Organizovat školení, kurzy a besedy pro odborné pracovníky, dobrovolníky a veřejnost
- Zvyšovat počet pobytových sociálních zařízení se sociálně aktivizačními programy
- Sociální služby zřizovat dle standardů sociální práce
- Podporovat a financovat terénní sociální práci
- Financovat terénní programy pro osobní asistenty
- Zřizovat terapeutické komunity např. chráněné dílny, občanská sdružení zdravotně postižených
- Zřizovat sociálně-aktivizační služby pro handicapované a staré občany
- Zvýšit počty sociálních, nízkoprahových a bezbariérových bytů
- Informovat o sociálních službách naší veřejnost
- Stabilně financovat organizace, které pracují v této oblasti, např. občanská sdružení, linka bezpečí pro seniory ohrožené domácím násilím
- Analyzovat pravidelně oblast legislativy v dané problematice

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A OSTATÍCH ZDROJŮ

BŘESKÁ, N., aj., 1998. *Dávky sociální péče*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo práce asociálních věcí. ISBN: 80-85529-49-1

DIENSTBIER, Z., 2009. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix. ISBN 978-80-86013-88-0

JABŮRKOVÁ, M., aj., 2007. *Od paragrafů k lidem: Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. 1. vyd. Praha: SKOK. ISBN 978-80-239-9506-0

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. 2009. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. aktual. vyd. ANAG. ISBN 978-80-7263-559-7

KREBS, V., 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd., přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X

MICHALÍK, J., 2008. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc:VCIZP--sekce vzdělávání. ISBN: 80-903658-1-7

MATOUŠEK, O., aj., 2007. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-310-9

PACOVSKÝ, O., 1990. *Stárnutí a stáří*. Praha: Avicem. ISBN 80-85526-32-8

PŘIB, J., 2010. *Průvodce sociálními dávkami 2010*. Praha: LINDE. 1. vyd. ISBN: 978-80-86140-61-2

SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 978-80-86429-62-5

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. – Dospělost a stáří*. Vyd.1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5

ŠVINGALOVÁ, D., 2004. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-819-1

Vyhláška č. 505/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010, částka 58, s. 2324 ISSN 1211-1244

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 61, s. 2902-2916. ISBN 1211-1244

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 128, s. 4606-4636. ISBN 1211-1244

Zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 128, nabývá účinnosti 1. 1. 2012. ISSN 1211-1244

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník průzkumového šetření, který byl rozdán 41 respondentům k zodpovězení

Příloha 2 - Dotazník průzkumového šetření, ze kterého bylo vykonáno grafické a statistické zpracování pro praktickou část bakalářské práce

Příloha č. 1 - Dotazník průzkumového šetření, který byl rozdán 41 respondentům k zodpovězení

DOTAZNÍK

Vážení příjemci příspěvku na péči,

touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění předloženého anonymního formuláře, který bude podkladem pro zpracování bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, vyberte v otázce jen jednu odpověď a označte křížkem.

1. Pohlaví příjemce příspěvku na péči:

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- ☐ 18 - 59 let - dospělost
- ☐ 60 - 74 let - počínající stáří
- ☐ 75 - 89 let - vlastní stáří
- ☐ 90 a více let - dlouhověkost

3. Odkud jste získal /a/ informaci o příspěvku na péči?

- ☐ lékař
- ☐ sociální pracovníce obecního úřadu
- ☐ sociální pracovníce zdravotnického zařízení
- ☐ katalog poskytovatelů sociálních služeb
- ☐ jiné osoby
- ☐ jiným způsobem

4. Jaké zdravotní problémy byly důvodem k žádosti o příspěvek na péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ tělesné postižení
- ☐ duševní postižení
- ☐ mentální postižení
- ☐ smyslové postižení

5. Při kterých úkonech o vlastní osobu potřebujete pomoc? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ podávání stravy
- ☐ ranní hygiena
- ☐ dodržování léčebného režimu
- ☐ chůze po rovině
- ☐ oblékání

- ☐ provedení si jednoduchého ošetření
- ☐ přijímání potravy či tekutin
- ☐ výkon fyziologické potřeby
- ☐ v terénu či po schodech
- ☐ koupání celého těla

6. Při kterých úkonech soběstačnosti potřebujete pomoc? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ komunikace slovní, písemná
- ☐ běžný úklid
- ☐ vyřízení osobních záležitostí
- ☐ nakupování
- ☐ nakládání s penězi

- ☐ uspořádání času, plánování života
- ☐ orientace časem, místem
- ☐ doprovod např. k lékaři, na poštu atd.
- ☐ vaření, příprava potravy
- ☐ péče o prádlo

7. Jaký stupeň příspěvku na péči Vám byl přiznán?

- ☐ I. stupeň – lehká závislost
- ☐ II. stupeň – středně těžká závislost
- ☐ III. stupeň – těžká závislost
- ☐ IV. stupeň – úplná závislost

8. K čemu Vám slouží příspěvek na péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ úhrada za poskytovanou péči rodinnému příslušníkovi
- ☐ úhrada za poskytovanou péči sociálnímu zařízení
- ☐ úhrada za poskytovanou péči osobnímu asistentovi
- ☐ úhrada za zapůjčení zdravotnických pomůcek
- ☐ doplatky léků, nákup vitamínů, potravinových doplňků
- ☐ zvýšení příjmů – kompenzace za zhoršení zdravotního stavu

9. Využíváte příspěvek na péči k účelům, ke kterým je určen?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím, k jakému účelu je přesně určen

10. Jakou částku příspěvku na péči používáte k úhradě za poskytování služeb?

- ☐ celou částku
- ☐ polovinu příspěvku
- ☐ určitou výši

11. Využijete celou částku příspěvku na péči k pokrytí nákladů spojených s péčí o Vaši osobu v souladu se zákonem o sociálních službách?

- ☐ ano
- ☐ ne

12. Domníváte se, že výše Vašeho příspěvku na péči je dostatečně vysoká?

- ☐ dostatečná
- ☐ nedostatečná
- ☐ přiměřená
- ☐ nevím, neumím posoudit

13. Jakým způsobem využijete zbylou část příspěvku, kterou nepoužijete za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu?

- ☐ zvýšení příjmů rodinným příslušníkům
- ☐ spoření na bankovní účet
- ☐ vylepšení denního rozpočtu k důchodu

14. Kdo Vám poskytuje potřebnou péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ osoba blízká /manžel, manželka, partner, partnerka, děti/
- ☐ jiní příbuzní /vnuk, vnučka, snacha, zet’/
- ☐ další fyzické osoby /sousedé, přátelé/
- ☐ poskytovatel terénních sociálních služeb /terénní sociální pracovníci/
- ☐ zařízení sociálních služeb /pracovníci Domovů s pečovatelskou službou, Domovů důchodců, poradenství /

15. Jak často Vám péči poskytují rodinní příslušníci?

- ☐ denně
- ☐ několikrát za týden
- ☐ 1x za týden
- ☐ méně než 1x za týden
- ☐ neposkytují

16. Jste spojeni s poskytovanou péčí od Vaší rodiny?

- ☐ spíše ano
- ☐ ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

17. Jak často byste měli případný zájem využívat odlehčovací služby pro rodinné poskytovatele péče /jedná se o denní centra pro seniory a zdravotně postižené/?

- ☐ denně
- ☐ několikrát za týden
- ☐ 1x za týden
- ☐ méně než 1x za týden

18. Víte, jaké sociální služby jsou nabízeny ve Vašem okolí?

- ☐ ano
- ☐ ne

19. Využíváte-li terénních sociálních služeb, uveďte jaké:

- ☐ pečovatelská služba
- ☐ jiné terénní služby /registrovaná osoba se živnostenským listem/

20. Pokud využíváte terénní sociální služby, uveďte jak často?

- ☐ denně
- ☐ několikrát za týden
- ☐ 1x za týden
- ☐ méně než 1x za týden
- ☐ nevyužívám

21. Uveďte, s jakými úkony Vám terénní služba pomáhá: /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ dovoz obědů
- ☐ obstarání nákupů a receptů
- ☐ dodržování léčebného režimu

- ☐ doprovod k lékaři
- ☐ drobný úklid v domácnosti

21. Jste spokojený s úrovní terénních sociálních služeb?

- ☐ spíše ano
- ☐ ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

22. Využíváte-li služeb v sociálních zařízeních, uveďte jaké: /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ pobytové služby v Domě s pečovatelskou službou
- ☐ pobytové služby v Domově důchodců
- ☐ dočasně pobytové služby v nemocnici na sociálním lůžku
- ☐ služby občanských sdružení pro zdravotně postižené
- ☐ služby sociálně terapeutických dílen
- ☐ služby sociálního poradenství
- ☐ azylové domy
- ☐ služby průvodcovské a předčitatelské

23. Uveďte, s jakými úkony Vám poskytovatel sociálního zařízení pomáhá: /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ donáška obědů
- ☐ obstarání nákupů a receptů
- ☐ dodržování léčebného režimu
- ☐ doprovod k lékaři
- ☐ drobný úklid v domácnosti

24. Jak často využíváte služby v sociálních zařízeních?

- ☐ denně
- ☐ několikrát za týden
- ☐ 1x za týden
- ☐ méně než 1x za týden

25. Jste spokojen /a/ s úrovní sociálních služeb v zařízeních poskytující péči ve Vašem okolí?

- ☐ spíše ano
- ☐ ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

26. Myslíte si, že se Vám zlepšila kvalita života díky tomu, že pobíráte příspěvek na péči?

- ☐ spíše ano
- ☐ ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

Studentka TUL obor: Sociální pracovník

Dne: 07. 10. 2011

Příloha č. 2 - Dotazník průzkumového šetření, ze kterého bylo vykonáno grafické a statistické zpracování pro praktickou část bakalářské práce

DOTAZNÍK

1. Pohlaví příjemce příspěvku na péči:

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- ☐ 18 - 59 let - dospělost
- ☐ 60 - 74 let - počínající stáří
- ☐ 75 - 89 let - vlastní stáří
- ☐ 90 a více let - dlouhověkost

3. Odkud jste získal /a/ informaci o příspěvku na péči?

- ☐ lékař
- ☐ sociální pracovnice obecního úřadu
- ☐ sociální pracovnice zdravotnického zařízení
- ☐ katalog poskytovatelů sociálních služeb
- ☐ jiné osoby
- ☐ jiným způsobem

4. Jaké zdravotní problémy byly důvodem k žádosti o příspěvek na péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ tělesné postižení
- ☐ duševní postižení
- ☐ mentální postižení
- ☐ smyslové postižení

5. Při kterých úkonech o vlastní osobu potřebujete pomoc? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ podávání stravy
- ☐ ranní hygiena
- ☐ dodržování léčebného režimu
- ☐ chůze po rovině
- ☐ oblékání

- ☐ provedení si jednoduchého ošetření
- ☐ přijímání potravy či tekutin
- ☐ výkon fyziologické potřeby
- ☐ v terénu či po schodech
- ☐ koupání celého těla

6. Při kterých úkonech soběstačnosti potřebujete pomoc? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ komunikace slovní, písemná
- ☐ běžný úklid
- ☐ vyřízení osobních záležitostí
- ☐ nakupování
- ☐ nakládání s penězi

- ☐ uspořádání času, plánování života
- ☐ orientace časem, místem
- ☐ doprovod např. k lékaři, na poštu atd.
- ☐ vaření, příprava potravy
- ☐ péče o prádlo

7. Jaký stupeň příspěvku na péči Vám byl přiznán?

- ☐ I. stupeň – lehká závislost
- ☐ II. stupeň – středně těžká závislost
- ☐ III. stupeň – těžká závislost
- ☐ IV. stupeň – úplná závislost

8. K čemu Vám slouží příspěvek na péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ úhrada za poskytovanou péči rodinnému příslušníkovi
- ☐ úhrada za poskytovanou péči sociálnímu zařízení
- ☐ úhrada za poskytovanou péči osobnímu asistentovi
- ☐ úhrada za zapůjčení zdravotnických pomůcek
- ☐ doplatky léků, nákup vitamínů, potravinových doplňků
- ☐ zvýšení příjmů – kompenzace za zhoršení zdravotního stavu

9. Využíváte příspěvek na péči k účelům, ke kterým je určen?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím, k jakému účelu je přesně určen

10. Jakou částku příspěvku na péči používáte k úhradě za poskytování služeb?

- ☐ celou částku
- ☐ polovinu příspěvku
- ☐ určitou výši

11. Jakým způsobem využijete zbylou část příspěvku, kterou nepoužijete za úhradu sociálních služeb nebo pro pečující fyzickou osobu?

- ☐ zvýšení příjmů rodinným příslušníkům
- ☐ spoření na bankovní účet
- ☐ vylepšení denního rozpočtu k důchodu

12. Kdo Vám poskytuje potřebnou péči? /v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí/

- ☐ osoba blízká /manžel, manželka, partner, partnerka, děti/
- ☐ jiní příbuzní /vnuk, vnučka, snacha, zeť/
- ☐ další fyzické osoby /sousedé, přátelé/
- ☐ poskytovatel terénních sociálních služeb /terénní sociální pracovníci/
- ☐ zařízení sociálních služeb /pracovníci Domovu s pečovatelskou službou, Domovu důchodců, poradenství /

13. Víte, jaké sociální služby jsou nabízeny ve Vašem okolí?

- ☐ ano
- ☐ ne

14. Myslíte si, že se Vám zlepšila kvalita života díky tomu, že pobíráte příspěvek na péči?

- ☐ spíše ano
- ☐ ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne